Irina-Alexandra SIMION

METODE ŞI TEHNICI COGNITIV-COMPORTAMENTALE ÎN ABORDAREA AUTISMULUI

Între cunoaştere şi recuperare

CUPRINS

CUVÂNT ÎNAINTE 11

ARGUMENT 16

UN ALTFEL DE ARGUMENT 27

INTRODUCERE 30

PARTEA I

1. CADRUL TEORETIC ŞI DE CERCETARE A METODELOR ŞI TEHNICILOR COGNITIV-COMPORTAMENTALE ÎN ABORDAREA AUTISMULUI 31
1.1. Introducere în problematica autismului 31
1.2. Caracteristici generale ale autismului 32
2. EVOLUŢIA CONCEPTULUI ŞI CARACTERISTICILE AUTISMULUI 35
2.1. Caracteristicile spectrului autist 35
2.2. Tipuri de autism 44
3. DEZVOLTAREA PSIHICĂ A COPILULUI PREŞCOLAR NORMAL (3-6 ani) 45
3.1. Caracterizare generală 45
3.2. Substadiile preşcolarităţii 56
3.3. Stadiile de dezvoltare propuse de Piaget 57
4. PROGNOSTICUL ÎN AUTISM RAPORTAT LA CARACTERISTICILE GENERALE ALE DEZVOLTĂRII PSIHICE 59
5. PREJUDECĂŢI ŞI FALSE IDEI ÎN ABORDAREA AUTISMULUI 61

PARTEA A II-A

METODE ŞI TEHNICI DE INTERVENŢIE ŞI RECUPERARE ÎN ABORDAREA ŞI TERAPIA AUTISMULUI 65
1.1. Analiza comportamentală aplicată (ABA) 65
1.2. Metoda PECS („Picture Exchange Communication System") 75
1.3. Metoda TEACCH (Treatment and Education of Autistic and Communication Handicapped Children) 78
1.4. Terapia în familie - factor important în recuperarea copiilor cu autism 84
1.5. Terapia prin joc la copiii cu autism 89
1.6. Integrarea şcolară a copiilor cu autism 90
1.7. Reabilitarea bazată pe comunitate 92

PARTEA A III-A

CERCETARE APLICATIVĂ 94
Metodologia cercetării 94
1.1. Obiectivele şi ipotezele cercetării 94
1.2. Loturile de subiecţi 94

BCU CLUJ / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

1.3. Prezentarea instrumentelor utilizate 95
1.3.1. Metoda observației 96
1.3.2. Metoda anamnezei 98
1.3.3. Metoda convorbirii 102
1.3.4. Metoda interviului 105
1.3.5. Testul DENVER, Denver Developmental Screening Test (DDST) 109
1.3.6. Scala de evaluare a comportamentului copilului cu autism 111
1.3.7. Etalonarea scalei de comportament a copilului cu autism 113
1.3.8. Etalonarea în quartile 115

PARTEA A IV-A
1. REZULTATELE CERCETĂRII ȘI INTERPRETAREA ACESTORA 116
1.1. Prezentarea și analiza datelor 116
1.2. Interpretarea calitativă a datelor 130
1.3. Programul de intervenție 142
1.4. Concluzii și implicații pentru practica psihologică 144
2. STUDII DE CAZ 147
2.1. Metoda utilizată și instrumentul de evaluare aplicat în cazul studiilor de caz 148
2.2. Prezentarea tipurilor de programe 149
2.3. Criterii pentru tratamentul adecvat 153
2.4. Interpretarea datelor în cazul studiilor de caz 159

CONCLUZII 178

REZUMAT 182

ÎN LOC DE ÎNCHEIERE 185

ANEXE 189
Anexa nr. 1 Foaie de răspuns 189
Anexa nr. 2 Tabelarea scorurilor la Scala aria personal-social 190
Anexa nr. 3 Chestionar de analizare a comportamentului copilului cu autism 192
Anexa nr. 4 Fișa de dezvoltare psihometrică Portage 202

BIBLIOGRAFIE 216

BCU IAȘI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

SOMMAIRE

AVANT-PROPOS 11

ARGUMENT 16

UN AUTRE TYPE D'ARGUMENT 27

PRESENTATION 30

PARTIE I

1. LE CADRE THEORIQUE ET DES METHODES DE RECHERCHE ET DES TECHNIQUES COMPORTEMENTALES COGNITIVES POUR TRAITER L'AUTISME 31
1.1. Introduction à l'autisme 31
1.2. Caractéristiques générales de l'autisme 32
2. EVOLUTION DU CONCEPT ET DES CARACTERISTIQUES DE L'AUTISME ... 35
2.1. Caractéristiques particulières du spectre autistique 35
2.2. Types de l'autisme 44
3. DEVELOPPEMENT PSYCHOLOGIQUE NORMAL DES ENFANTS D'AGE PRESCOLAIRE (3-6 ANS) 45
3.1. Caractéristiques générales 45
3.2. Sous-étapes d'âge préscolaire 56
3.3. Les stades de développement proposées par Piaget 57
4. PREVISIONS A L'AUTISME RAPPORTE AUX CARACTERISTIQUES GENERALES DU DEVELOPPEMENT PSYCHOLOGIQUE 59
5. LES PREJUGES ET LES IDEES FAUSSES DANS LA LUTTE CONTRE L'AUTISME 61

PARTIE II

METHODES ET TECHNIQUES D'ADRESSAGE ET DE TRAITEMENT DE L'AUTISME 65
1.1. Analyse appliquée du comportement (ABA) 65
1.2. Méthode PECS („Picture Exchange Communication System") 75
1.3. Méthode TEACCH (Treatment et l'éducation des autistes et communication enfants handicapés) 78
1.4. Family Therapy facteur dans le rétablissement des enfants atteints d'autisme 84
1.5. Thérapie par le jeu pour les enfants autistes 89
1.6. L'intégration scolaire des enfants autistes 90
1.7. Réadaptation à Base Communautaire 92

BCU IASI - UNIVERSITY LIBRARY

PARTIE III

LA RECHERCHE APPLIQUEE 94
Méthodologie de la recherche 94
1.1. Objectifs et hypothèses de recherche 94
1.2. Groupes de sujets 94
1.3. Présentation des outils utilisés 95
1.3.1. Méthode d'observation 96
1.3.2. Méthode anamnèse 98
1.3.3. L'appel de méthode 102
1.3.4. Méthode d'entrevue 105
1.3.5. Test de Denver (Denver Developmental Screening Test) 109
1.3.6. Comportement Échelle d'évaluation enfant autiste 111
1.3.7. Évaluation comportement d'étalonnage de balance 113
1.3.8. Comportement à l'échelle de calibrage en quart 115

PARTIE IV

1. LES RESULTATS DE RECHERCHE ET LEURS INTERPRETATIONS 116
1.1. Présentation et analyse des données 116
1.2. Interprétation des données 130
1.3. Le programme d'intervention 142
1.4. Conclusions et implications pour la pratique psychologique 144
2. ÉTUDES DE CAS 147
2.1. Méthodes et outils d'évaluation appliqués aux études de cas 148
2.2. Présentation des types de programmes 149
2.3. Critères pour le traitement approprié pour les enfants autistes 153
2.4. L'interprétation des données d'études de cas 159

CONCLUSIONS 178

RESUME 182

AU LIEU DE FERMETURE 185

ATTACHMENTS 189

BIBLIOGRAPHIE 216

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

CONTENTS

FOREWORD 11

ARGUMENT 16

ANOTHER KIND OF ARGUMENT 27

INTRODUCTION 30

PART I

1. THE THEORETICAL FRAMEWORK AND RESEARCH METHODS AND COGNITIVE BEHAVIORAL TECHNIQUES TO ADDRESS AUTISM 31
1.1. Introduction to autism 31
1.2. General characteristics of autism 32
2. EVOLUTION OF THE CONCEPT AND CHARACTERISTICS OF AUTISM 35
2.1. Particular characteristics of autistic spectrum 35
2.2. Types of autism 44
3. NORMAL PSYCHOLOGICAL DEVELOPMENT OF PRESCHOOL CHILDREN (3-6 YEARS) 45
3.1. General Features 45
3.2. Substages preschool 56
3.3. Developmental stages proposed by Piaget 57
4. PROGNOSIS IN AUTISM REPORTED TO THE GENERAL CHARACTERISTICS OF PSYCHOLOGICAL DEVELOPMENT 59
5. PREJUDICES AND FALSE IDEAS IN ADDRESSING AUTISM 61

PART II

METHODS AND TECHNIQUES IN ADDRESSING AND AUTISM THERAPY 65
1.1. Applied Behavior Analysis (ABA) 65
1.2. Method PECS („Picture Exchange Communication System") 75
1.3. Method TEACCH (Treatment and Education of Autistic and Communication Handicapped Children) 78
1.4. Family Therapy-factor in the recovery of children with autism 84
1.5. Play therapy for children with autism 89
1.6. School integration of children with autism 90
1.7. Community Based Rehabilitation 92

PART III

APPLIED RESEARCH 94
Research methodology 94
1.1. Objectives and research hypotheses 94
1.2. Groups of subjects 94
1.3. Presentation tools used 95
1.3.1. Observation method 96

B.C.U. „M. EMINESCU" IAȘI

BCU "MIHAIL EMINESCU" CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

1.3.2. Method anamnesis 98
1.3.3. The method call 102
1.3.4. Interview method 105
1.3.5. Denver test (Denver Developmental Screening Test) 109
1.3.6. Rating Scale autistic child's behavior 111
1.3.7. Behavior Assessment Scale Calibration 113
1.3.8. Calibration scale behavior in quart 115

PART IV
1. RESEARCH RESULTS AND THEIR INTERPRETATION 116
1.1. Presentation and analysis of data 116
1.2. Interpreting the data 130
1.3. The intervention program 142
1.4. Conclusions and implications for psychological practice 144
2. CASE STUDIES 147
2.1. Methods and assessment tool applied to case studies 148
2.2. Presentation of program types 149
2.3. Criteria for appropriate treatment for autistic children 153
2.4. Interpretation of data for case studies 159

CONCLUSIONS 178

SUMMARY 182

INSTEAD OF CLOSING 185

ADDENDA 198

BIBLIOGRAPHY 216

BCU IAȘI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

CUVÂNT ÎNAINTE

Structurată în patru părți, lucrarea debutează cu o prezentare complexă și bine documentată a conceptului și sindromului autismului infantil, cu toate formele în care acesta se manifestă.

În această primă parte a lucrării, autoarea prezintă, de asemenea, viziunea teoreticienilor și practicienilor din acest domeniu privind autismul infantil, aspecte legate de simptomatologie, etiologie, teorii explicative, ca și atitudinea generală asupra acestei tulburări de-a lungul timpului.

Raportarea la rezultatele unor cercetări valoroase, precizările terminologice și explicațiile personale fac această expunere clară și ușor de înțeles, deși tema lucrării ne plasează într-un domeniu al neuro-psiho-patologiei deosebit de complex, și, în ciuda multelor descoperiri, încă mult controversat și cu multe semne de întrebare.

Păstrând în mare măsură amprenta semantică emisă de Kanner în urmă cu peste 60 de ani, conceptul de autism infantil a evoluat cuprinzând nu numai semnificații adăugate ulterior de acest autor ci și de mulți alții în condițiile activităților de diagnostic, terapie și recuperare.

În ceea ce privește sindromul psihopatologic pe care acest concept îl denumește, majoritatea practicienilor și teoreticienilor din acest domeniu consideră că este o tulburare de dezvoltare psihică și că are ca manifestări caracteristice, definitorii (criterii de diagnostic) următoarele:

- **deficit de comunicare** (întârzieri în dezvoltarea și înțelegerea limbajului, dificultăți în conversare, stereotipii verbale și mimico-gestuale) și **emoțional/motivațional** (dificultăți de contact afectiv și empatic rezultând însingurare-trăire în sine - autism);
- **deficit de relaționare socială** (de a stabili contacte, de a dezvolta relații cu ceilalți, de a participa la activități comune, de a împărtăși experiențe, trăiri);
- **stereotipii și inflexibilitate comportamentală**, ritualuri sau rutine comportamentale nespecifice, bizare.

BCU "ALEXANDRU IOAN CUZA" UNIVERSITY LIBRARY

După cum se vede din cele expuse mai sus, avem în față un tablou psihopatologic complex care exprimă disfuncții ce cuprind palierele cele mai importante ale personalității și care au urmări mai mult sau mai puțin severe (majoritatea severe) asupra randamentului adaptativ al persoanei suferinde.

Ținând seama și de urmările severe în plan social (familie, comunitate), educațional, terapeutic etc, de prognosticul, în general rezervat, de dificultățile de abordare, această tulburare impune necesitatea intervenției complexe, timpurii, în condițiile unor eforturi și costuri foarte mari.

De aceea, apreciez, încă de la început, că activitatea autoarei de a elabora această lucrare a fost una deosebit de dificilă dar meritorie prin rezultatele obținute, a fost și rămâne un demers valoros și de actualitate.

A fost dificilă pentru că a însemnat documentarea dintr-o multitudine de surse și o sinteză a informațiilor din mai multe domenii ale științei cum sunt psihologia, psihopedagogia, psihopatologia, psihoterapia, psihiatria, asistența medicală etc. Ca urmare, putem afirma că și această lucrare se plasează într-o zonă de interdisciplinaritate ce s-a dovedit a fi, pentru autoare, interesantă, provocatoare dar, mai ales, fecundă și cu reale valențe teoretic-aplicative.

A fost o activitate dificilă și pentru că abordează o categorie de persoane ale căror tulburări creează mari dificultăți în demersurile de contact interpersonal, comunicare, evaluare și de intervenție terapeutic-recuperatorie.

A fost (și este) un demers de actualitate întrucât incidența acestei tulburări este îngrijorătoare prin numărul mare de cazuri, prin deficitul adaptativ pe care îl induce, prin costurile individuale și sociale mari și prin tendința constant crescătoare observată în ultimii ani.

Tot în prima parte a lucrării sunt prezentate aspecte ale dezvoltării copilului de 3-6 ani cu autism în relație cu specificul dezvoltării copilului normal, aprecieri ale autoarei privind prejudecățile și ideile false în abordarea autismului.

Partea a doua a lucrării se referă la metodele și tehnicile de intervenție recuperatorie și terapeutică ce s-au dovedit a fi eficiente în autismul infantil.

BCU IASI - TRANSILVANIA UNIVERSITY LIBRARY

Deşi este vorba despre o activitate extrem de dificilă şi de lungă durată, realizată în paşi mici aşa încât satisfacţia reuşitei se obţine cu mare greutate, deşi aşteptările aparţinătorilor şi ale societăţii în general sunt mari, practica ne demonstrează că intervenţia terapeutică nu vindecă realmente autismul ci doar ajută la creşterea abilităţilor adaptative ale bolnavului. Pentru a conştientiza dificultăţile acestui demers este suficient să ne gândim că terapia urmăreşte achiziţia unor informaţii dar mai ales formarea unor deprinderi necesare unei adaptări, adesea minimale, la condiţiile vieţii sociale, începând de la deprinderile bazale de autoservire (îmbrăcare-dezbrăcare, menţinerea igienei personale etc.) până la cele complexe, referitoare la comunicare şi relaţionare (limbaj, empatie, participare etc.)

În această ordine de idei, apreciez faptul că autoarea lucrării subliniază şi faptul că majoritatea metodelor şi tehnicilor terapeutice nu se adresează direct copilului cu autism cu vârsta sub 3-4 ani ci mai ales părinţilor care devin principal agent terapeutic şi că doar anumite metode pot fi utilizate progresiv, la început într-o manieră personalizată, în terapia celor mai mari.

În activitatea practică, autoarea a utilizat şapte metode de intervenţie în autism, pe care le prezintă şi în lucrare, insistând mai mult pe trei dintre ele: ABA, PECS şi TEACCH, toate făcând parte din gama terapiilor cognitiv-comportamentale. Plecând de la principiul fundamental al acestei orientări psihoterapeutice, cele trei metode vizează, prin procedee specifice şi adaptate copilului cu autism, stingerea unor comportamente nedorite, anormale, patologice şi formarea altora adaptative, dezirabile.

Partea a treia este dedicată organizării cercetării şi trebuie remarcat faptul că obiectivele propuse şi ipotezele de lucru derivă logic din toate datele expuse până aici, demonstrând faptul că autoarea cunoaşte temeinic domeniul abordat. Astfel, îşi propune obiective pertinente şi care, odată realizate, au valenţe aplicative în terapie şi recuperare, obiective ce se referă la proiectarea unui program de intervenţie psihopedagogică în vederea integrării/incluziunii sociale a copiilor cu autism.

Cercetarea s-a efectuat pe un lot cuprinzând un număr de 60 de copii cu autism, cu vârste cuprinse între 2,5 - 6 ani, 20 fete şi 40

băieți, eșantion selectat prin randomizare iar în vederea testării ipotezelor formulate a folosit metode și instrumente de cercetare precum observația, anamneza, convorbirea, interviul, testul Screening Denver, scala de evaluare proprie a comportamentului și scala Portage în studiile de caz.

Programul de intervenție prevede, pentru fiecare arie de dezvoltare stabilită, încă din etapa elaborării ipotezelor de lucru, sarcini clare, de exemplu: de realizare a contactului vizual cu terapeutul, de a învăța, prin imitație și repetiție să se îmbrace-dezbrace, să servească masa etc, permițând autoarei un demers de cercetare-intervenție clar, organizat și eficient.

Aplicând aceste metode, obține o serie de rezultate semnificative, prezentate, analizate și interpretate statistic și psihologic în partea a patra a lucrării. Autoarea realizează acest demers de analiză și interpretare în ordinea ipotezelor formulate și a evaluării acestora prin prisma datelor obținute în cercetare.

Astfel, ipoteza numărul unu, prezumția că există diferențe semnificative în aria personal-social înainte și după parcurgerea de către copii a programului de intervenție, se confirmă în sensul că se îmbunătățește capacitatea subiecților de interacțiune cu alte persoane și capacitatea de a avea grijă de propriile nevoi.

Rezultatele cercetării confirmă și cea de-a doua ipoteză referitoare la motricitatea fin-adaptativă, parcurgerea programului de intervenție ducând la îmbunătățirea coordonării ochi-mână, a manipulării obiectelor mici și a rezolvării de probleme.

Utilizarea scorurilor obținute la ariile limbaj, motrocitate grosieră, comportament general, înainte și după parcurgerea programului de intervenție, arată diferențe semnificative, fapt ce confirmă și următoarele trei ipoteze de lucru.

Aceasta înseamnă că, prin parcurgerea programului de intervenție, cresc abilitățile de comunicare și interacțiune cu ceilalți, de exprimare a unor nevoi, de executare a unor acțiuni simple, cum ar fi să imite mișcările terapeutului dar cea mai importantă achiziție, la copiii cu autism, mi se pare aceea referitoare la dezvoltarea unui comportament echilibrat prin structurarea mai bună a spațiului și a timpului. Toate aceste date sunt subliniate în finalul lucrării sub forma

BCU "ASPAZIA MANIU" LIBRARY

concluziilor, uşor de formulat având în vedere modul organizat şi logic al demersului de cercetare şi sub forma unor analize de caz care vin să confirme ca ipostaze particulare aspectele generale evidenţiate mai sus.

În ceea ce priveşte lucrarea, în ansamblu, apreciez faptul că autoarea a recurs la o abordare riguros ştiinţifică a cazuisticii, rezultatele fiind analizate computerizat şi bogat ilustrate prin tabele, grafice, diagrame şi histograme.

Alegerea şi aplicarea instrumentelor de investigaţie, colectarea, analiza şi interpretarea datelor respectă, de asemenea, cerinţele cercetării în psihologie.

Validarea rezultatelor s-a realizat pe baza unei metodologii matematico-statistice complexe şi moderne, menită să justifice pertinenţa demersului cercetării şi veridicitatea sa.

Bibliografia include peste 100 de titluri de lucrări, cele mai multe actuale şi valoroase, atât din literatura de specialitate străină cât şi românească, expuse în conformitate cu normele internaţionale şi care relevă faptul că autoarea a avut o bogată sursă de informaţii iar autorii citaţi în lucrare se regăsesc şi în bibliografie.

Apreciez, de asemenea, expunerea clară, coerentă şi atractivă, precum şi demonstraţia ilustrată cu grafice şi tabele semnificative. Consider că autenticitatea rezultatelor se bazează pe modele, mijloace de cercetare şi surse informaţionale adecvate, demonstrând aptitudinile autoarei atât pentru activitatea de cercetare ştiinţifică cât şi pentru aplicarea practică a unor asemenea date.

Conf.univ.dr. Ioan ANDRONIC

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

ARGUMENT

Am ales această temă atrasă fiind de noutatea subiectului și de impactul pe care îl are pentru familie diagnosticarea unui copil cu autism.

Caracterizat printr-o diversitate extrem de mare de manifestări, autismul constituie o problemă tot mai des întâlnită în ultimii ani. S-au făcut multe studii asupra freeventei cazurilor de autism. Spre exemplu, în anul 1964, cu ocazia unui experiment efectuat în Anglia pe populația infantilă cuprinsă între 8-10 ani, au fost depistați 4-5 copii la 10.000, care prezentau semne evidente de autism.

În anul 1968, Ritvo și Freeman evidențiau faptul că sindromul apare la aproximativ 5 din 10.000 de nou născuți și este întâlnit de 4-5 ori mai des la bărbați decât la femei. Alte studii, făcute în Danemarca și Marea Britanie de către Societatea Națională pentru Copii și Adulți Autiști, au confirmat, aproximativ, aceleași date.

Un studiu mai recent, realizat în anul 1999 de către Frombonne pe aproximativ 4.000.000 de copii cu autism din zece țări, a generat concluzia că aproape 80% dintre aceștia au și retard mintal. Acest studiu, prin concluziile sale, a evidențiat și faptul că incidența autismului este mai mare în rândul băieților decât în cel al fetelor (3-4 băieți/1 fată).

În S.U.A. s-a înregistrat o creștere a numărului de copii cu autism în cadrul populației normale, de la 2-3 copii la 10.000 de nașteri, în anii '70, până la 6-9 copii la 10.000 de nașteri, în prezent.

Lucrarea de față își propune o radiografiere a problematicii autismului, a schimbărilor care se petrec odată cu aflarea veștii existenței unui copil cu autism în familie, a metodelor de intervenție recuperativ-terapeutice și a tehnicilor de consiliere a părinților.

A fi părinte înseamnă a avea o anumită vulnerabilitate, iar atunci când vorbim de părinți cu copii cu autism această vulnerabilitate crește înzecit. Primirea diagnosticului de autism infantil pentru copilul lor este o lovitură extrem de grea, părinții sperând mereu ca specialiștii să greșească și trecerea timpului să infirme diagnosticul primit.

De cele mai multe ori, tot ceea ce presupune dinamica familială (afectivitate, statusuri și roluri, relaționare) este modificat, predominant negativ, în momentul în care unul dintre copii este diagnosticat cu autism infantil. Acest diagnostic presupune o încărcătură emoțională, atât pentru copil, cât și pentru familia lui.

Pentru copil, constituie o amenințare la adresa integrității sale, ceea ce poate suscita temeri profunde. Pentru părinți, acest diagnostic este un echivalent al morții. Aceștia nu mai pot investi în copilul lor, nu mai pot face proiecte, fiind alterată proiecția în viitor. Statusul de părinte cu copil autist este încă asociat cu sentimentul de culpabilitate și păstrează conotații stigmatizante, de multe ori reacția mediului social fiind puțin favorabilă acestor copii.

BCU "SIGHETU MARMAȚIEI" LIBRARY

Multor părinți le este greu să audă vorbindu-se în spatele lor de faptul că au un copil cu autism. Aceştia se simt stânjeniți atunci când sunt priviți insistent sau chiar ocoliți. Atitudinea mediului înconjurător, uneori ostilă, creează un sentiment de disconfort şi de jenă la acești părinți greu încercați.

Toate aceste manifestări de angoasă se estompează cu timpul la majoritatea părinților, atunci când se constată că starea de sănătate a copilului se stabilizează sau se ameliorează datorită tratamentelor existente.

Familia are o stare emoțională complexă, invaliditatea este acceptată de părinți ca fiind o stare fixă, împiedicând terapia efectivă. Credința în schimbare a părintelui este dată de lupta dintre a crede în şansă şi autorealizare.

Copilul cu nevoi speciale este „umbra" concentrată a întregii familii. Părinții folosesc proiecții atunci când identifică la copil caracteristici neacceptate la ei, în speță caracteristici negative. Pentru ca o persoană să fie conştientă de părțile întunecate ale personalității sale are nevoie de o cunoaştere de sine profundă, însă această cunoaştere de sine se realizează cu mare durere. Procesul nu este deloc simplu pentru că apare opoziția din partea părintelui. În acest sens, participarea la un program de consiliere determină la părinți dobândirea unor abilități de autocunoaştere şi de gestionare a situațiilor şi momentelor critice.

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

ARGUMENT

J'ai choisi ce sujet attiré par la nouveauté du sujet et de l'impact que la famille a un enfant avec un diagnostic d'autisme. Caractérisée par une très grande variété d'événements, l'autisme est un problème plus fréquent ces dernières années. Il y a eu plusieurs études sur la fréquence des cas d'autisme. Par exemple, en 1964, lors d'une étude menée en Angleterre, la population infantile entre 8-10 ans ont été trouvés 4-5 pour 10.000 enfants qui ont montré des signes évidents de l'autisme.

En 1968, Ritvo et Freeman évident que le syndrome survient dans environ 5 sur 10.000 nouveau-nés et se produit 4-5 fois plus souvent chez les hommes que chez les femmes. D'autres études réalisées au Danemark et au Royaume-Uni (la Société nationale pour enfants et adultes autistes), a confirmé, sur la même date. Une étude plus récente réalisée en 1999 par Frombonne sur environ 4.000.000 enfants atteints d'autisme dans dix pays, a conduit à la conclusion que près de 80% ont un retard mental. Cette étude, ses conclusions, a souligné le fait que l'incidence de l'autisme est plus élevée chez les garçons que chez les filles (3-4 garçons / 1 fille). Aux États-Unis, il ya eu une augmentation du nombre d'enfants autistes dans la population normale, 2-3 enfants pour 10.000 naissances dans le '70 par 6-9 enfants pour 10.000 naissances aujourd'hui.

Cet article propose une radiographie des questions sur l'autisme, les changements qui se produisent avec les nouvelles de l'existence d'un enfant atteint d'autisme dans les méthodes d'intervention auprès des familles - récupération thérapeutiques et des conseils techniques parents.

Être parent, c'est avoir une certaine vulnérabilité, et puis, quand nous parlons de parents d'enfants atteints d'autisme cette vulnérabilité décuple. Recevoir un diagnostic de l'autisme de leur enfant est un coup très lourd, espérant toujours que les parents avertis font des erreurs et au fil du temps se sont infirmer le diagnostic. Dans la plupart des cas, tous impliquant la dynamique familiale (émotivité, statuts et rôles, relations) est modifié, pour la plupart négatifs, quand un enfant est diagnostiqué avec l'autisme. Ce diagnostic nécessite émotionnel, à la fois pour l'enfant et sa famille.

Pour l'enfant, constituent une menace pour son intégrité, ce qui peut provoquer une profonde préoccupation. Pour les parents, ce diagnostic est équivalent à la mort. Ils ne peuvent investir dans leur enfant ne peut pas faire des projets, d'être modifié dans la projection future. Statut de la mère à l'enfant autiste est toujours associé à des sentiments de culpabilité et de garder stigmatiser connotations souvent l'environnement social est une réaction moins favorable à ces enfants. Beaucoup de parents trouvent qu'il est difficile d'entendre les gens qui parlent derrière eux qu'ils ont un enfant avec l'autisme. Ils se sentent mal à l'aise quand même regarder dérivation. L'attitude environnementale, parfois hostile, crée un sentiment de malaise et d'embarras pour les parents essayer dur.

BOUNDARY UNIVERSITY LIBRARY

Toutes ces manifestations de l'anxiété s'estompe avec le temps pour la plupart des parents quand il constate que la santé de l'enfant se stabilise et améliore due aux traitements existants. La famille a un état émotionnel complexe, le handicap est accepté par les parents comme un état fixe, empêchant un traitement efficace. Faith changer le parent a la possibilité de croire à la lutte entre et soi-même.

L'enfant ayant des besoins spéciaux est «l'ombre» concentre toute la famille. Les parents utilisent des projections lorsque l'enfant identifie les fonctionnalités non prises en charge d'eux, en l'occurrence les caractéristiques négatives. Pour une personne de connaître le côté sombre de sa personnalité a besoin d'une meilleure connaissance de soi, connaissance de soi, cependant, cela se fait avec une grande douleur. Le processus n'est pas simple car il n'y opposition des parents. En ce sens, la participation à un programme de counseling détermine que les parents acquièrent la connaissance de soi et la gestion des compétences à des situations et des moments.

Recevoir un diagnostic de l'autisme pour les enfants d'une famille est un coup très lourd. Tout changement perturbe l'équilibre de compromettre la stabilité de la famille qui était présente avant. Une famille dont l'équilibre a été bouleversé parfois réagit de manière rigide à la relation. Le choix de la rigidité ou la flexibilité du système reflète le niveau de tolérance est présent quand un état temporaire d'équilibre instable et le désordre jusqu'à ce que le système trouve un moyen d'équilibrer. Presque certainement le père d'un enfant autiste à lire sur la façon dont la famille influe sur l'enfant avec l'autisme n'est pas une chose très agréable, mais il est réel et il est impératif que en plus des études de l'autisme pour parler des familles de ces enfants. Quand on parle des enfants avec récupération de l'autisme convient de garder à l'esprit que l'autisme n'est pas «guérir» tout simplement. Un enfant autiste va devenir un adulte qui devra apprendre à vivre avec «autisme» et sa famille doivent être préparés à l'avance pour être en mesure de traiter tous les problèmes qui vont se poser lorsque l'enfant grandit. Grâce à la thérapie peut récupérer très grande partie du déficit, mais certaines fonctionnalités et caractéristiques de l'autisme restent quel que leurs parents veulent qu'ils disparaissent. Actuellement, il ya beaucoup d'enfants atteints de troubles spécifiques de développement qui sont impliqués dans l'autisme. Certains d'entre eux sont très peu touchées par l'autisme et avoir la chance de se rétablir complètement. Il faut être très prudent et processus d'évaluation approfondi doit être effectué avant de faire un pronostic pour les parents. Nous devons savoir, nous en tant que thérapeutes, nous espérons que les parents lorsque l'enfant a une chance réelle de redresser, mais aussi besoin de se différencier et d'expliquer quand vous avez autisme et autres troubles connexes et les chances de guérison sont minimum .

La famille est une unité en soi, un processus dynamiques de corps organiques qui se produisent dans chacun de ses composants, ainsi que les interactions entre ses membres. Il est plus que la somme de ses parties, a des

caractéristiques et des qualités qui émanent de l'interaction constante entre les membres. La famille est un système actif était dans un état de flux. Une personne a besoin de différenciation (individualisation) à la famille dans le besoin en conflit avec la cohésion contraste de besoin. La situation idéale est celle dans laquelle la famille offre à ses membres à la fois l'harmonie et le soutien à long terme et la capacité d'individualiser et de s'en séparer devenir moins dépendante de la famille. Deux adultes de deux mondes différents se réunissent pour vivre comme une seule unité. Ils construisent un entrelacée avec les croyances, les valeurs et la philosophie de la vie personnelle. Créer leur propre «couleur» de la famille, comme ils construisent et développent l'unité familiale. La «couleur» d'un côté distingué des autres membres de la famille, et d'autre part, renforce le lien entre eux. Un enfant différent (avec autisme ou d'autres troubles du développement) crée un équilibre perturbé et le déséquilibre dans la famille, à la fois au moment du diagnostic et de rester plus tard. Lorsque la famille entend diagnostic de trouble parmi ses membres crée un état d'équilibre perturbé. Sont des réactions évidentes similaires à celles prises en cas de tragédie et de choc, le déni, la culpabilité, „personne ne comprend" l'isolement, la panique, la colère, l'acceptation et l'espoir. Lorsque le diagnostic de la structure familiale des enfants et les changements d'équilibre, toutes ses ressources axées sur les besoins des enfants atteints d'autisme. L'enfant commence à occuper une place centrale dans la famille, l'équilibre et les relations au sein de la famille sont principalement touchés par elle.

Les problèmes deviennent plus prononcés après le diagnostic, mais les membres de la famille sont souvent «en crise» avant de trouver le diagnostic. Des troubles du comportement de l'enfant, retard de langage, le manque de communication des troubles du sommeil de l'enfant vont influencer la vie familiale et les stratégies de gestion du stress. Relations conjugales changent avec le temps, et la communication entre les membres de la famille en souffre. Intérêts se concentrent sur le maintien de la relation conjugale et les plans futurs, tout est axé sur l'enfant. Les parents d'enfants autistes, à cause du problème et de ses exigences, structures spécifiques dans le domaine show marquée des conflits et des mécontentements intérieurs affectifs, objectivés par des comportements spécifiques.

La famille passe par une impasse à la nouvelles que la place de l'enfant en bonne santé prévu et tant désiré, est né un enfant avec l'autisme. Présence d'enfants atteints d'autisme provoque des changements touchant à la fois l'équilibre intérieur et la famille de la balance extérieure, en particulier les relations familiales - société. Pour les parents d'enfants atteints d'autisme, l'auto-évaluation porte l'empreinte de stress spécifiques et objectivée par la réduction gravitarea comportementales et interpersonnelles autour de l'enfant et de ses problèmes.

BCU "ALEXANDRU IOAN CUZA" IAȘI

Des problèmes tels que:

- Les problèmes d'interaction sociale: les parents d'enfants autistes confrontés à des difficultés quotidiennes en raison d'une erreur de diagnostic, des problèmes avec des environnements inappropriés, manque de personnel, le manque de personnes d'être mieux préparés pour faire face à des enfants atteints d'autisme.

L'environnement familial est le premier environnement social dans lequel la naissance et la vie de tout enfant se developpent. La première étape de la guérison est d'aider les enfants autistes à l'acquisition de compétences sociales. Objectif devrait être d'améliorer également la qualité de vie de la famille, de l'enfance et de la famille sont indissociables. Les familles ont besoin de soutien pour faire face à leur enfant atteint d'autisme dès que des difficultés surgissent, et le diagnostic précoce suivi d'un traitement précoce peut aider l'enfant ne souffre pas des conséquences secondaires de la maladie (comme l'anxiété chronique, la peur et un comportement problématique) et pour maximiser l'apprentissage et le développement de l'enfant.

- Les problèmes de communication: la relation avec les parents nés se développe dans les premiers mois de vie grâce à la communication non verbale. Tout le monde connaît le code qui naît spontanément entre mère et enfant dès le début: l'échange de regards, babillage, des mouvements non coordonnés. De même, la langue de l'enfant se développe spontanément en contact avec vos proches, en l'aidant à devenir une personne comme les autres.

L'enfant autiste est privé de la possibilité de recevoir et d'envoyer des signaux d'amour, d'exprimer des sentiments, des besoins. Les parents ont vite remarqué ses problèmes de communication, mais essaient souvent d'apaiser les craintes, s'accrochant aux paroles réconfortantes d'amis. Les enfants autistes qui parlent interprétations erronées ne sont pas sans leur comportement parce que leur discours et que l'écholalie à comprendre un message, ils ont non seulement besoin de décoder des mots ou des phrases, mais aussi de les mettre dans un contexte (présent ou passé). C'est quelque chose que les enfants autistes ne parviennent pas à le faire, même ceux qui parlent. Ils ne peuvent pas déchiffrer les messages de communication qui sont claires pour nous.

- Problèmes de comportement: la vie de famille est affectée par des problèmes de comportement de la petite enfance, en particulier si des comportements agressifs ou auto-stimulant. Rien n'est plus pénible pour les parents que de voir le comportement d'automutilation enfant (frapper, gratter, frapper sa tête contre le mur) ou pour accompagner un enfant dans le même groupe d'âge des enfants et de les voir devenir agressif (leur poing, les mordant). Même manifestations moins graves, cri perçant, a eclate en larmes ou des cascades de rire sans raison apparente, de projeter des objets et toutes les autres activités stéréotypées des parents afin de les rendre impuissants de sentir savoir quoi faire dans ces situations.

BCU LISEL LAVERGNE LIBRARY

Souvent, les troubles du comportement qui sont toujours difficiles à traiter, sont accompagnés par le sommeil et troubles de l'alimentation, de l'hyperactivité. Une promenade dans le pare peut facilement devenir une chasse épuisante. Même les parents d'enfants autistes encore, ne sont pas libres d'épuisement nerveux. Isolation leur enfant, les heures passées à regarder les mouvements des mains et des doigts forcent les parents à prendre l'enfant à se livrer à une activité avec n'importe quel prix, même si leurs efforts vont le plus souvent et un peu plus de frustration.

Les relations familiales deviennent tendues, frères et sœurs sont négligés enfant, la famille Situé autour d'une situation stressante. Il peut sembler difficile à accepter, étant donné que les poignées thérapie de l'enfant et donc beaucoup de temps, mais le conseil de famille peut jouer un rôle important dans l'avenir des relations familiales. Si vous gardez l'équilibre dans les relations entre les familles concernées et l'enfant sera bénéfique dans le long terme.

Cet article tente de répondre à des professionnels qui travaillent avec personnes autiste, en précisant leur rôle dans le traitement avec un style thérapeutique holistique de la thérapie avec eux, s'adresse également aux parents qui ont un enfant avec l'autisme, afin de mettre en évidence les différents symptômes existants dans le diagnostic correct que l'autisme, l'importance de commencer un programme thérapeutique précoce et de jouer leur espoir dans un travail futur sur tous les secteurs de ces enfants.

Représentant dans le traitement de l'autisme livres sont : „Cord A Diary Autiste - The Invisible s ' Fratrie" - Barbara Caïn 2012, „Frères autistes et moi - Stories" - Qiusie Shapiro, 2010, „Heroes Autisme - Portraits de familles Relever le défi", 2007, „L'autisme. Théorie et intervention éducative", Theo Peeters 2010, „Comprendre l'autisme" - Karen Siff Exkorn, 2010.

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

ARGUMENT

I chose this topic attracted by the novelty of the subject and the impact that family has a child with autism diagnosis. Characterized by an extremely large variety of events, autism is a problem more common in recent years. There have been several studies on the frequency of cases of autism. For example, in 1964, during a study conducted in England, the infant population of between 8-10 years were found 4-5 per 10,000 children who showed obvious signs of autism.

In 1968, Ritvo and Freeman evident that the syndrome occurs in about 5 out of 10,000 newborns and happens 4-5 times more often in men than in women. Other studies done in Denmark and the UK (the National Society for Autistic Children and Adults), confirmed, about the same date. A more recent study conducted in 1999 by Frombonne on approximately 4,000,000 children with autism in ten countries, led to the conclusion that almost 80% have mental retardation. This study, its conclusions, highlighted the fact that the incidence of autism is higher among boys than for girls (3-4 boys / 1 girl). In the U.S., there was an increase in the number of autistic children in the normal population, from 2-3 children per 10,000 births in the '70 by 6-9 children per 10,000 births today.

This paper proposes a radiography of autism issues, changes that occur with the news of the existence of a child with autism in the family intervention methods recuperative - therapeutic and counseling techniques parents.

Being a parent means having a certain vulnerability, and then, when we speak of parents of children with autism this vulnerability increases tenfold. Receiving a diagnosis of autism for their child is a very heavy blow, always hoping that the savvy parents make mistakes and over time got refute the diagnosis. In most cases, all involving family dynamics (emotionality, statuses and roles, relationships) is modified, mostly negative, when one child is diagnosed with autism. This diagnosis requires emotional, both for the child and his family.

For the child, constitute a threat to its integrity, which can cause deep concern. For parents, this diagnosis is equivalent to death. They can not invest in their child can not do projects, being altered in the future projection. Status of the parent with autistic child is still associated with feelings of guilt and keep stigmatizing connotations, often social environment is less favorable reaction to these children.

Many parents find it difficult to hear people speaking behind them that they have a child with autism. They feel uncomfortable when even stare bypass. Environmental attitude, sometimes hostile, creates a sense of discomfort and embarrassment to those parents try hard.

All these manifestations of anxiety fades with time for most parents when it finds that the child's health stabilizes and improves due to existing treatments.

BCU "Ştefan cel Mare" Suceava LIBRARY

The family has a complex emotional state, disability is accepted by parents as a fixed state, preventing effective therapy.

Faith changing the parent is given the chance to believe in the struggle between and self.

The child with special needs is the "shadow" concentrated the whole family. Parents use projections when the child identifies unsupported features from them, in this case negative characteristics. For a person to be aware of the dark side of his personality needs a deeper self-knowledge, self-knowledge, however, this is done with great pain. The process is not simple because there opposition from parent. In this sense, participation in a counseling program determines the parents acquiring self-knowledge and management skills to situations and moments.

The family is a unit in itself, an organic body dynamic processes occurring in each of its components, as well as interactions between its members. It is more than the sum of its parts, has features and qualities that emanate from constant interaction between members. The family is an active system was in a state of flux. A person needs differentiation (individualization) to the family in need in conflict with the need contrasting cohesion. The ideal situation is one in which the family provides its members both harmony and long-term support and the ability to individuate and separate from it becoming less dependent on the family. Two adults from two different worlds unite in order to live as a single unit. They are building an interwoven with the beliefs, values and philosophy of one's personal life. Create their own "color" of the family, as they build and develop the family unit. The "color" on one side distinguished from other members of the family, and on the other hand, strengthens the link between them. A different child (with autism or other developmental problems) creates a disturbed equilibrium and disequilibrium in the family, both at the time of diagnosis and later stay. When the family hears disorder diagnosis among its members creates a disturbed equilibrium state. Are obvious reactions similar to those taken in the event of tragedy and shock, denial, guilt, "nobody understands" isolation, panic, anger, acceptance and hope. When diagnosing child family structure and balance changes, all its resources focused on the needs of children with autism. The child is beginning to occupy a central place in the family, balance and relationships within the family are predominantly affected by it.

The problems become more pronounced after diagnosis but family members are often "in crisis" before finding the diagnosis. Child's behavioral abnormalities, delayed speech, lack of communication the child sleep disorders will influence family life and the strategies of stress management. Marital relationships change over time, and communication between family members suffers. Interests focus on maintaining the marital relationship and future plans, everything is focused on the child. Parents of children with autism, due to the problem and its requirements, specific structures in the area show marked emotional inner conflicts and dissatisfactions, objectified into specific behaviors.

BOUNDARY LIBRARY

The family goes through a stalemate at the news that instead of healthy child expected and much desired, was born a child with autism. Presence of children with autism causes changes affecting both inner balance and outer balance family, especially family relationships - society. For parents of children with autism, self assessment bears the imprint of specific stressors and objectified by reducing behavioral and interpersonal around the child and its problems.

Problems like:

- Problems of social interaction: parents of children with autism face daily difficulties because an incorrect diagnosis, problems with inappropriate environments, lack of staff, lack of people to be better prepared to deal with children with autism.

The family environment is the first social environment in which the birth and life of any child being held. The first step to recovery is to help children with autism to its acquisition of social skills. Aim should be to also improve the quality of family life, for the child and family welfare are inseparable. Families need support to cope with their child with autism as soon as difficulties arise, and early diagnosis followed by early therapy can help the child does not suffer secondary consequences of the disorder (such as chronic anxiety, fear and challenging behavior) and to maximize the child's learning and development.

- Communication problems: the relationship with parents newborn develops in the first months of life through nonverbal communication. Everyone knows the code that arises spontaneously between mother and child right from the start: the exchange of glances, babbling, uncoordinated movements. Similarly, the child's language develops spontaneously in contact with loved ones, helping it to become a person like other people.

Autistic child is deprived of the opportunity to receive and send signals of love, to express feelings, needs. Parents quickly noticed his communication problems, but often try to appease fears, clinging to the comforting words of friends. Children with autism who speak misinterpretations are not without their behavior because their speech and that the echolalia to understand a message, they need not only to decode words or phrases but also to put them into a context (present or past). This is something that children with autism fail to do, even those who speak. They can not decipher the communicative messages that are clear to us.

- Behavior problems: family life is affected by early child behavioral problems, especially if aggressive behavior or self-stimulating. Nothing is more distressing to parents than to witness the child self-harm behavior (hitting, scratching, hitting his head against the wall) or to accompany a child in the same age group of children and to see them becoming aggressive (punched them, biting them). Even less severe manifestations, scream, burst into tears or laughter cascades no apparent reason, throwing objects and all other stereotypical activities parents to make them powerless feel knowing what to do in these situations.

BCU "CAROL I" UNIVERSITY LIBRARY

Often behavioral disorders which are still difficult to deal with, are accompanied by sleep and eating disorders, hyperactivity. A walk in the park can easily become an exhausting chase. Even parents of autistic children still, are not free from nervous exhaustion. Isolation their child, the hours spent watching the movements of the hands and fingers are forcing parents to make the child to engage in any activity, at any cost, even if their efforts go most often and a little more frustration.

Family relationships become strained, siblings are neglected child, the family Situated around a stressful situation. It may seem hard to accept, given that handles child therapy and so a lot of time, but family counseling can play an important role in the future of family relationships. If you keep the balance in relations between the families involved and the child will benefit in the long term.

This paper tries to address to the professionals persons working with autistic, specifying their role in dealing with a holistic therapeutic style in therapy with them, also targets parents who have a child with autism, in order to highlight the different existing symptoms in the diagnosis correct as autism, the importance of starting a therapeutic program early and playing their hope in a future work on all areas of these children.

Representative in addressing autism books are: „Autistic - The Invisible Cord - A Sibling 's Diary", Barbara Cain, 2012, „Autistic Siblings and Me-Stories", Qiusie Shapiro, 2010, „Heroes Autisme. Portraits of Families Meeting the Challenge", 2007, „Autism. Theory and educational intervention", Theo Peeters, 2010 end „Understanding Autism", Karen Siff Exkorn, 2010.

BCU IAȘI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

UN ALTFEL DE ARGUMENT...

Primirea diagnosticului de autism infantil pentru copilul unei familii reprezintă o lovitură foarte grea. Orice schimbare deranjează echilibrul familiei, subminând stabilitatea care a fost prezentă până atunci. O familie al cărui echilibru a fost deranjat reacționează uneori în mod rigid față de relații. Alegerea rigidității sau a flexibilității reflectă nivelul de toleranță al sistemului atunci când este prezentă o stare temporară de echilibru instabil și tulburare, până când sistemul își găsește un mod de a se echilibra. Aproape sigur că fiind părintele unui copil cu autism să citești despre modul în care copilul cu autism influențează familia nu este un lucru tocmai plăcut; însă acest lucru este real și este absolut necesar, ca pe lângă studiile despre autism să se vorbească și despre familiile acestor copii. Atunci când se vorbește despre recuperarea copilului cu autism trebuie să se aibă în vedere faptul că autismul nu „se vindecă" pur și simplu.

Un copil cu autism va deveni un adult care va trebui să învețe să trăiască cu „autismul", iar familia acestuia trebuie să fie pregătită din timp pentru a se putea descurca cu eventualele probleme care vor apărea când copilul va crește. Prin terapie se poate recupera enorm de mult din deficite, dar anumite trăsături și caracteristici ale autismului rămân indiferent de cât de mult își dorese părinții ca acestea să dispară. În prezent, există foarte mulți copii cu anumite tulburări de dezvoltare care sunt încadrați în spectrul autist. Unii dintre ei sunt foarte puțin afectați de autism și vor avea șanse mari să fie recuperați în totalitate. Trebuie avută foarte mare grijă și trebuie realizată minuțios evaluarea copilului înainte de a face un prognostic în fața părinților. Trebuie să știm, noi, ca și terapeuți, să le oferim speranță părinților atunci când copilul are șanse reale de recuperare, dar în același timp trebuie să se facă diferențierea și să li se explice atunci când autismul are și alte deficiențe asociate iar șansele de recuperare sunt minime.

Familia reprezintă o unitate în sine, un corp organic în care au loc procese dinamice în fiecare componentă a sa, ca și interacțiuni între membrii săi. Ea este mai mult decât suma părților sale, are caracteristici și calități ce emană din interacțiunea constantă dintre membrii ei. Familia este un sistem activ aflat într-o stare de flux continuu. O persoană are nevoie de diferențiere (individualizare) față de familie, trebuință aflată în conflict cu nevoia contrastantă de coeziune. Situația ideală este aceea în care familia le oferă membrilor ei atât armonie și sprijin pe termen lung, cât și posibilitatea de a se individualiza și separa de ea, devenind mai puțin dependenți de familie. Doi adulți provenind din două lumi diferite se unesc în scopul de a trăi ca o singură unitate. Ei își construiesc un sistem întrețesut cu credințele, valorile și filosofia de viață personală a fiecăruia. Își creează propria „culoare" a familiei, pe măsură ce își clădesc și își dezvoltă unitatea familială. Această „culoare" pe de o parte distinge membrii familiei de alții, iar pe de altă

parte, întărește legătura dintre ei. Un copil diferit (cu autism sau alte probleme de dezvoltare) creează o stare de echilibru deranjat și de dezechilibru în familie, atât în momentul aflării diagnosticului cât și mai târziu. Când familia aude diagnosticul tulburării, între membrii săi se creează o stare de echilibru deranjat. Sunt evidente reacții similare cu cele avute în caz de tragedie, precum șocul, negarea, vină, „nimeni nu înțelege", izolare, panică, mânie, acceptare și speranță.

În momentul diagnosticării copilului structura și echilibrul familiei se modifică, toate resursele acesteia focalizându-se pe nevoile copilului cu autism. Copilul începe să ocupe un loc central în familie; echilibrul și relațiile intrafamiliale sunt afectate de el în mod predominant.

Problemele devin mai pregnante după diagnosticare, însă membrii familiei sunt de cele mai multe ori „în criză" dinainte de aflarea diagnosticării. Anomaliile comportamentale ale copilului, întârzierea limbajului, lipsa de comunicare a copilului, tulburările de somn își pun amprenta asupra vieții de familie și asupra strategiilor de management ale stresului. Relațiile maritale se modifică în timp, iar comunicarea dintre membrii familiei are de suferit. De la focalizarea intereselor asupra întreținerii relației maritale și planuri de viitor, totul devine focalizat pe copil. Părinții copilului cu autism, pe fondul problematicii și cerințelor acestuia, manifestă structuri specifice în sfera emoțională, mareate de conflicte interioare și insatisfacții, obiectivate în comportamentul specific.

Familia trece printr-un impas la aflarea veștii că în locul copilului sănătos, așteptat și mult dorit, s-a născut un copil cu autism. Prezența copilului cu autism determină modificări care afectează atât echilibrul interior cât și echilibrul exterior al familiei, în special relația familie - societate.

În cazul părinților copiilor cu autism, estimarea de sine poartă amprenta unor stresori specifici și se obiectivează comportamental prin diminuarea și gravitarea relațiilor interpersonale în jurul copilului și a problematicii acestuia.

Apar probleme de genul:

- Probleme de interacțiune socială: părinții copiilor cu autism se confruntă zilnic cu dificultăți cauzate de un diagnostic incoreet, cu probleme legate de medii inadecvate, lipsa de personal, lipsa unor persoane care să fie bine pregătite pentru a se ocupa de copiii cu autism.

Mediul familial este primul mediu social în care ia naștere și se desfășoară viața oricărui copil. Primul pas către recuperarea copilului cu autism este sprijinirea acestuia pentru achiziționarea unor abilități sociale. Scopul trebuie să fie, de asemenea, îmbunătățirea calității vieții familiei, căci bunăstarea copilului și a familiei sunt indisociabile. Familiile au nevoie de sprijin pentru a se descurca cu copilul lor cu autism imediat ce apar dificultățile, iar o diagnosticare timpurie urmată de o terapie timpurie îl poate ajuta pe copil să nu sufere din cauza consecințelor secundare ale tulburării (cum ar fi anxietate cronică, teama și conduita dificilă) și îi poate maximiza copilului învățarea și dezvoltarea.

- Probleme de comunicare: relația noului născut cu părinții se dezvoltă în primele luni de viață prin comunicare nonverbală. Toată lumea cunoaște codul

care ia naștere în mod spontan între mamă și copil chiar de la început: schimbul de priviri, gânguritul, mișcările necoordonate. La fel, limbajul copilului se dezvoltă spontan prin contactul cu cei apropiați, ajutându-l să devină o persoană asemănătoare cu cei din jur.

Copilul cu autism este privat de posibilitatea de a primi și trimite semne de dragoste, de a-și exprima sentimentele, nevoile. Părinții observă repede problemele sale de comunicare, dar deseori încearcă să-și potolească temerile, agățându-se de cuvintele de consolare ale prietenilor. Copiii cu autism care vorbesc nu sunt feriți de interpretări greșite ale comportamentului lor, din cauza vorbirii lor ecolalice și a faptului că pentru a înțelege un mesaj, ei au nevoie nu doar să decodeze cuvinte sau fraze ci și să le pună într-un context (prezent sau trecut). Aceasta este ceva ce copiii cu autism nu reușesc să facă, nici măcar cei care vorbesc. Ei nu pot descifra mesaje comunicative care pentru noi sunt foarte clare.

- Probleme de comportament: viața de familie este afectată de timpuriu de problemele de comportament ale copilului, mai ales dacă este un comportament agresiv sau autostimulativ. Nimic nu este mai dureros pentru părinți decât să fie martori ai comportamentului autoagresiv al copilului (lovire, zgâriere, lovirea capului de perete) sau să-și însoțească copilul într-un grup de copii de aceeași vârstă și să-l vadă devenind agresiv cu aceștia (pocnindu-i, mușcându-i). Chiar și manifestările mai puțin grave, țipătul, izbucnitul în lacrimi sau în cascade de râs fără un motiv aparent, aruncatul de obiecte și toate celelalte tipuri de activități stereotipe îi fac pe părinți să se simtă neputincioși, neștiind ce să facă în aceste situații.

Deseori, tulburările de comportament cărora oricum li se face față cu greu, sunt însoțite de tulburări de somn și de alimentație, hiperactivitate. O plimbare în parc poate deveni ușor o goană epuizantă. Chiar și părinții copiilor cu autism liniștiți nu sunt feriți de epuizare nervoasă. Izolarea copilului lor, orele petrecute urmărind mișcările mâinilor și ale degetelor îi obligă pe părinți să-l facă pe copil să se implice într-o activitate cu orice preț, chiar dacă eforturile lor duc de cele mai multe ori la și mai multă frustrare.

Relațiile din familie devin încordate, frații și surorile copilului sunt neglijați, familia se află într-o situație de stres. Poate părea greu de acceptat, ținând cont că terapia copilului ocupă și așa destul de mult timp, însă consilierea familială poate juca un rol important în viitorul relațiilor familiale. Dacă se va păstra echilibrul în relațiile dintre membrii familiei, implicit și copilul va avea de câștigat pe termen lung.

INTRODUCERE

În ceea ce privește autismul, sunt încă prea mulți oameni care au rezerve mari în legătură cu eficiența intervenției terapeutice. Există ceea ce se numește Intervenția Intensivă Precoce asupra Comportamentului (E.I.B.I. – „Early Intensive Behavioural Intervention"), care este aproape ca și un miracol pentru mulți copii cu A.S.D. („autistic sindrom disorder - patologia sindromului autist). Una dintre metodele E.I.B.I. este analiza aplicată a comportamentului (ABA).

Înainte de începerea tratamentului, nu există limbaj la acești copii, ci numai probleme severe ale comportamentului din cauza inabilității acestora de a-și comunica nevoile și de a-i înțelege pe ceilalți. Prin această intervenție terapeutică precoce, dr. Charles Cartwrigh, directorul Centrului pentru Autism YAI Network susținea în 2010 că „75% dintre copiii cu autism dezvoltă limbajul și își îmbogățesc semnificativ adaptarea socială, iar comportamentele stereotipale slăbesc în intensitate și freevență și se transformă odată cu evoluția generală a copilului".

Intervenția terapeutică comportamentală trebuie să conțină aproximativ 20-40 de ore pe săptămână pentru a da rezultate. În fapt, dacă este percepută corect, ea va deveni un stil de viață pentru copilul autist și anturajul său. Trebuie începută înainte de vârsta de 5-6 ani a copilului, mai târziu de aceasta rezultatele nemaifiind la fel de bune, și nici lucrul cu copilul nu va mai fi la fel de ușor. Acestea se datorează în primul rând faptului că la vârsta de 7 ani se formează patternurile la nivelul creierului, retardul se accentuează odată cu vârsta, iar comportamentele negative în exces se înmulțesc și se adâncesc, iar copilul renunță la ele tot mai greu.

Terapia intensivă durează aproximativ doi ani, și nu se renunță bruse la ea. Prețul ei constă în faptul că acești copii nu au parte de o copilărie normală, fiind în permanență supravegheați, corectați și solicitați pentru ca eficiența să fie la nivel maxim, și de aici decurg frustrări și uneori suferință pentru un viitor mai bun și pentru obținerea unei vieți cât mai independente; pe de altă parte, sunt și costurile destul de mari ale terapiei, pe care părinții trebuie să le acopere (timp și bani), acestea cauzate în special de faptul că guvernele fie nu alocă fonduri deloc, fie alocă fonduri insuficiente și, mai ales, nu susțin pregătirea personalului necesar pentru această terapie.

Intervenția terapeutică comportamentală este foarte eficientă și se poate aplica la orice vârstă, însă rezultatele sunt incomparabile (dintre intervenția precoce și cea târzie).

De aceea, este foarte important ca părinții, în momentul în care observă tulburări de dezvoltare la copilul lor, să se prezinte fără întârziere la medicul diagnostician, apoi să se intereseze de potențialele metode terapeutice și să nu ezite în aplicarea lor cât mai curând.

BCU "IOAN SLAVICI" TIMIȘOARA - LIBRARY

PARTEA I

CADRUL TEORETIC ŞI DE CERCETARE A METODELOR ŞI TEHNICILOR COGNITIV-COMPORTAMENTALE ÎN ABORDAREA AUTISMULUI

1.1. Introducere în problematica autismului

Autismul a fost descris şi diagnosticat pentru prima dată în anul 1943, iar acestei tulburări i-au fost asociate trei caracteristici comune copiilor autişti:

- preferă relaţionarea faţă de obiecte în loc de oameni;
- sunt obsedaţi de menţinerea obiceiurilor (a rutinelor) şi a asemănărilor în viaţa lor;
- au tendinţa de a căuta însingurarea completă, închizându-se faţă de lumea din jurul lor.

Până în prezent nu s-a descoperit o cauză specifică a autismului. Există însă dovezi ştiinţifice clare ale faptului că simptomele autismului au multiple cauze de natură neurobiologică, fiind, pe de o parte, urmarea unei tulburări globale de dezvoltare, a unor disfuncţii ale diferitelor sisteme şi funcţii ale sistemului nervos central. Cu toate aceste evidenţe ale unor anomalii la nivelul creierului în autism, încă nu există un acord privind zona (zonele) care ar fi afectată. Pornind de la investigaţii neurochimice, autopsii sau scanări ale creierului, au fost sugerate diverse regiuni ca fiind locurile afectate, responsabile de apariţia autismului. Totuşi puţine diferenţe specifice au fost descoperite în creierul persoanelor cu autism. La nivel structural a fost sugerat că în unele cazuri creierul persoanelor cu autism este mai mare şi că există anomalii la nivelul cortexului; că ar exista anomalii structurale şi celulare în hipocamp, amigdală şi cerebel. La nivel funcţional s-au arătat anomalii ale EEG, însă fără să fi fost descoperit un tipar al acestora specific pentru autism sau o mai slabă coordonare între diferite regiuni ale creierului. La nivel chimic (din analiza sângelui şi a urinei, întrucât nu se poate studia creierul în mod nemijlocit) s-au emis ipoteze privind disfuncţionalităţi la nivelul neurotransmiţătorilor; nivel ridicat de opoizi, peptide şi de serotonină, niciuna dintre aceste supoziţii nefiind pe deplin validată.

Pe de altă parte, factorii genetici trebuie luaţi în consideraţie în cele mai multe cazuri de autism. Studiile de pionierat ale lui Bernard Rimland (1964), având ca subiecţi gemeni cu autism, au sugerat influenţe ale factorului genetic în apariţia autismului, lucru confirmat prin studii ulterioare.

S-a demonstrat, de exemplu, că gradul de concordanţă în autism este mult mai mare în cazul gemenilor monozigotici decât al celor dizigotici (91% după studii din 1989 ale lui Steffenburg şi alţii, 69% după Bailey - 1995) sau că între 2-5% dintre copiii cu autism au un frate sau o soră cu autism. După Bolton şi alţii (1994) care au studiat 153 fraţi ai 99 de copii cu autism, 2,9% dintre aceştia aveau

autism, iar 2,9% autism atipic. După Szatmari (1993), 5,3% dintre frații copiilor cu autism au tulburări pervazive de dezvoltare. După Fombonne, riscul ca un frate/soră al/a unui copil cu autism să aibă o tulburare din spectrul autismului este de 5-8%. Există și o rată mai crescută de apariție a altor tulburări la frații copiilor cu autism, în mod special tulburări de limbaj (Bolton și Rutter, 1990; Bolton, 1994) sau incapacități sociale (Mc Donald ș.a, 1989).

În prezent, se consideră că sunt implicate 15 sau chiar mai multe gene (fără să fi fost confirmată o anumită genă sau un grup de gene specifice), deși cei mai buni candidați fiind cromozomii 7q, 2q, 16p, cromozomul X; sunt prezente anomalii la nivelul genei Neuroligin care spune axonilor cum să crească. Interacțiunea dintre potențialul genetic și mediul biologic la nivelul pre- și perinatal trebuie luate în considerație. 10-15% dintre cazurile de autism pot fi asociate cu anumite anomalii cromozomiale și boli genetice (X fragil, scleroza tuberoasă, neurofibromatoza, fenilcetonuria), infecții pre- sau perinatale (rubeola, tusea convulsivă), intoxicații timpurii, tulburări metabolice. Așadar, cauzele biologice, organice sunt responsabile de apariția autismului și nicidecum părinții. Aceștia nu sunt responsabili de apariția tulburării, așa cum a afirmat Bettelheim, și nici un mediu familial nefericit, sau stresul mamei în timpul sarcinii, sau o traumă emoțională a mamei sau a copilului ori vreun alt factor psihologic.

Teoria „mamei frigider" a lui Bettelheim (1956, 1967), precum că autismul este consecința lipsei de afecțiune a părinților, în special a mamelor, față de copilul lor s-a dovedit a fi total eronată.

1.2. Caracteristici generale ale autismului

Conceptul de autism infantil a declanșat numeroase întrebări, controverse și înfruntări ideologice. În secolul al XIX-lea, preocupările în această direcție au fost puține. Copiii cu tulburări mentale erau considerați idioți (arierați profund sau congenital). Formele clinice, în afară de cele psihotice, erau inexistente, copiii bolnavi erau fie aruncați, fie abandonați, fie închiși.

În anul 1900, medicul psihiatru Maria Montessori a revoluționat lumea medicală cu propunerile sale. Ea a făcut remarca următoare: „Copiii deficienți nu sunt în afara legii și au dreptul să trăiască și să meargă la școală". Aceasta a elaborat o metodă pedagogică educativă elementară pentru copiii cu dificultăți mintale și sociale. La începutul secolului al XIX-lea conceptele de „demență precoce" și de „regresie" se dezvoltă puțin câte puțin, plecând de la observații asupra copiilor cu tulburări mintale. Astăzi, aceste tulburări alcătuiesc psihozele infantile din care face parte și autismul.

În anul 1911, psihiatrul Eugen Bleuler descrie pentru prima dată sindromul de „schizofrenie infantilă", termen care îl înlocuia pe acela de „demență precoce". În afară de simptomele acestei afecțiuni, E. Bleuler insistă asupra disocierii și introduce termenul de autism pentru a califica acești copii, care vin din afara realității, afundați în viața lor interioară.

În anul 1943, medicul austriac Leo Kanner descrie cu exactitate sindromul autist. La acea vreme, el considera autismul ca pe o incapacitate crescută de a realiza biologic contactul obişnuit cu alţi oameni. În descrierea bolii nu se include şi prognosticul fatal de arierare, accentul fiind pus pe capacităţile restante ale pacienţilor. Această descriere a bolii este recunoscută şi astăzi în clasificările internaţionale.

Bruno Bettelheim, în anul 1950 considera originea autismului exclusiv ca pe o experienţă şi învinovăţea părinţii pentru această gravă tulburare. Între anii 1950 şi 1960 exista tendinţa de a pune în evidenţă influenţa unei anumite conjuncturi în apariţia sindromului autist. Teza cea mai recunoscută este de orientare psihanalitică şi ea îi învinovăţea pe părinţii acestor copii, considerând că, prin crearea unei ambianţe nepotrivite, aceştia pot să determine apariţia sindromului autist. Se vorbeşte de „mame rele", care reuşesc să inducă copiilor o stare de repliere psihică, o angoasă profundă faţă de lumea exterioară pe care copilul o percepe ca pe o ameninţare la adresa lui. Din această cauză, cura psihanalitică preconizează separarea copilului de mediul familial.

În anul 1956, Leo Kanner vorbeşte de dereglările psihologice la copilul autist. El incriminează, pe lângă aspectele psihologice şi sociale, şi disfuncţionalitatea biologică, remarcând şi lipsa de căldură maternă sinceră şi atitudinea distantă a tatălui. Între anii 1960 şi 1970, autismul este considerat din punct de vedere etiologic, ca o entitate omogenă, observabilă în diferite circumstanţe.

În S.U.A., autismul descris de Kanner este admis ca o entitate specifică, dar este ataşat schizofreniei infantile. Această clasificare este refuzată de numeroase ţări europene, care ataşează autismul la psihozele precoce. Cognitiviştii cercetează fiecare sindrom autist la nivelul funcţiei de percepţie, în vorbire şi în viaţa socială în general. Ei recunosc atât tulburări de percepţie, cât şi tulburări prezente în capacitatea de înţelegere şi de comunicare. Astfel încep să apară supoziţii privind legătura dintre autism şi factorii organici. Se consideră că plasamentul în şcoală şi familie este mai puţin adecvat. În anul 1969 este creată în Franţa Fundaţia „Sesame autisme", care va deveni membră fondatoare a „Asociaţiei Autismului European". Fundaţia numără în prezent peste 1200 de familii, regrupate în 30 de asociaţii regionale/departamentale, afiliate „UNAPEI" („Uniunea Naţională a Asociaţiilor de Părinţi şi Prieteni ai Persoanelor Handicapate Mintal").

În perioada 1970-1990, distorsionarea relaţiei „mamă – copil" nu mai este considerată cauza exclusivă a apariţiei autismului, cercetătorii abordând cu atenţie drama părinţilor cu copii autişti, care se deosebesc de părinţii copiilor cu alt handicap. În anul 1975, în Franţa este promulgată o lege care prevede „educaţia obligatorie" a copiilor handicapaţi, ca urmare a presiunilor făcute de părinţii şi educatorii acestora.

În anul 1978, au loc numeroase dezbateri nosografice. Wing şi Gould vorbesc de sindromul autist şi nu de boala autistă, aceştia subliniind etiologia heterogenă a autismului pe care îl consideră drept „o stare finală" cauzată de factori

diverşi. Din anul 1981, psihozele infantile sunt denumite de DSM III „tulburări care invadează dezvoltarea „T.E.D." („pervasive developmental disorders"). Aceste tulburări sunt considerate deviaţii de dezvoltare a funcţiilor psihologice fundamentale implicate în dobândirea aptitudinilor sociale şi de limbaj.

În anul 1987, D.S.M. III revizuit nu mai recunoaşte decât două forme:

- T.E.D. - ca tulburare autistă;
- T.E.D. - ca tulburare autistă nespecifică.

Această împărţire a autismului a suscitat numeroase probleme. Astfel de concepţii neglijau dimensiunea psihopatologică şi negau suferinţa acestor copii. Cu mult înainte, unii autori au preferat să vorbească de „tulburări majore de organizare a personalităţii", afectând atât constituirea identităţii copilului cât şi raporturile lor cu realitatea exterioară.

În anul 1990, cercetările medicale progresează, fiind suspectate câteva tulburări psihologice; era totuşi greu de precizat dacă acestea sunt consecinţa unor tulburări psihologice sau este vorba, mai degrabă, de o interacţiune intimă între cei doi poli. În acest an, mass-media a contribuit mult la cunoaşterea problemelor legate de autism, ziariştii manifestând un mare interes faţă de această boală enigmatică care a intrigat lumea întreagă.

În anul 1992, Asociaţia Autismului European lupta pentru restabilirea drepturilor persoanelor autiste, pe linia drepturilor omului, ţinându-se cont de dificultăţile din viaţa socială.

În anul 1993, unii autori considerau autismul drept o caracteristică înnăscută/fixată precoce, ambele situaţii prezentând autismul ca fiind definitiv. Alţii înţeleg autismul ca pe un proces dinamic care poate duce la evoluţii diversificate, acestea având o orientare dinamică.

Mises, Perron şi Hochmann au subliniat marea varietate de evoluţii spre moduri de organizare diferite şi şi-au pus următoarea întrebare: „Fixitatea structurală nu poate fi legată, în unele cazuri, de factori asociaţi sau reflectă insuficienţa mijloacelor terapeutice de care dispunem?" (2009).

În anul 1996, drepturile persoanelor autiste sunt recunoscute de Parlamentul European, care precizează că „autismul este un handicap" şi se recomandă statelor membre să recunoască aceste drepturi şi să facă în aşa fel ca ele să fie respectate prin adoptarea unei legislaţii corespunzătoare. Această legislaţie trebuie să menţioneze dreptul la o viaţă independentă şi dreptul de a participa, în măsura posibilităţilor, la deciziile privind viitorul lor; ei trebuie să beneficieze de educaţie şi asistenţă medicală corespunzătoare şi să nu fie supuşi la angoase, ameninţări sau tratamente abuzive.

Actualmente este regretabilă existenţa unor conflicte ideologice între cercetările medicale, psihanalitice, cognitive şi educaţionale, precum şi graba cu care se degajează factorii organici, atunci când nu există un tratament medical pentru autişti.

Aceste conflicte se reflectă astfel:

- cercetările psihiatrice sunt adesea în opoziție cu cercetările din domeniul educațional;
- părinții critică lipsa de susținere a psihiatrilor, pe care o regăsesc și ei în cercetările educative;
- uneori autismul este redus la câțiva factori de ordin neuro-biologic;
- cel mai adesea, funcția psihologică este restrânsă la un număr de deficiențe (limbaj, comunicare etc.).

Toate acestea duc la o dificilă înțelegere a autismului, care este un simptom cu o etiologie multiplă.

În Franța, autismul este recunoscut ca o formă de psihoză infantilă. În alte țări, autismul nu este recunoscut ca „o structură", ci ca „o organizare".

Dezvoltarea evoluțiilor permit tot mai mult descrierea sindromului și posibilitatea de a-l diagnostica, de a găsi strategii educative, pornind de la gravitatea simptomelor, deficiențelor și potențialitățile autismului. Tratamentul copiilor autiști este adesea reprezentat de o educație specializată. Metode specifice sunt dezvoltate în special în vederea creșterii autonomiei acestor copii.

Astăzi, unii clinicieni se întreabă care dintre factorii biologici sau de conjunctură sunt determinanți în dezvoltarea persoanei autiste și a dificultăților de adaptare. Treptat, apare evident că o etiologie unică de dezvoltare, cum sugerează dihotomia înnăscută sau dobândită, este puțin realistă și greu de admis.

Pe acest criteriu, Bursztejn contestă opoziția dintre etiologia organică și cea psihogenetică. El subliniază condiționarea inevitabilă a dezvoltării, atât prin determinismul genetic, cât și prin interacțiunile cu mediul. Acesta recunoaște participarea factorilor neurologici la o organizare mentală, particulară, care însă nu poate exclude și o participare psihopatologică.

Se sugerează faptul că prin interacțiunile din diferite domenii de cercetare să se ajungă la propuneri mai realiste.

În concluzie, dezvoltarea copilului autist și a obstacolelor ce-i stau în cale sunt „rezultatul unei interacțiuni complexe" (Claude Bursztejn, 2011) a potențialelor genetice și biologice, a experienței reprezentate de părinți, anturaj, mediul socio-economic și cultural și a tot contextului relațional.

2. EVOLUȚIA CONCEPTULUI ȘI CARACTERISTICILE AUTISMULUI

2.1. Caracteristicile spectrului autist

Autismul este o tulburare de dezvoltare considerată drept una dintre cele mai severe tulburări neuropsihiatrice ale copilăriei. Autismul este tulburarea centrală din cadrul unui întreg spectru de tulburări de dezvoltare, cunoscut sub numele de spectrul tulburărilor autismului/autiste sau de tulburări pervazive de

dezvoltare („pervasive developmental disorders") - termen folosit în sistemele internaționale de clasificare (DSM IV, ICD 10).

Termenul de „pervaziv" a fost ales pentru a descrie grupul tulburărilor comportamentale cu dificultăți în multiple arii de dezvoltare, care generează un complex de caracteristici și trăsături.

Tulburările pervazive de dezvoltare, stabilite de Asociația de Psihiatrie Americană în DSM IV – Manualul de Diagnostic Statistic al Tulburărilor Mentale, 1994 (ediția a IV-a) sunt: Tulburarea Autistă, Tulburarea Asperger, Tulburarea Dezintegrativă a Copilăriei, Tulburarea Rett, Tulburarea Globală (Pervazivă) de Dezvoltare - inclusiv autismul atipic.

Persoana cu acest tip de tulburări („pervazive") demonstrează dificultăți în mai multe arii de dezvoltare și nu doar în arii anumite și specifice, iar efectele produse de dificultățile dintr-o anumită arie au efecte negative asupra dezvoltării altor arii, rezultatul fiind un grup complex de caracteristici și trăsături.

L. Kanner definea autismul infantil drept inaptitudine înnăscută de a reacționa adecvat în diverse situații și de a stabili relații firești cu cei din jur. În anul 1943, doctorul Leo Kanner a descris, pentru prima dată, 11 copii care s-au prezentat la clinica sa, cu o combinație de grave deficite de vorbire marcate de anormalități în interacțiune și o înclinație spre comportamente stereotipe, repetitive și ritualice. Acești 11 copii au fost primii copii diagnosticați cu autism infantil.

Cuvântul autism provine din grecescul „authos" - care înseamnă „însuși" sau „eul propriu".

Autismul este o stare patologică caracterizată prin scăderea capacității de a interacționa pe plan social și de a comunica, de comportament stereotip și repetitiv, cu simptome care se manifestă de obicei înainte de vârsta de 3 ani.

Am să încep printr-o notă optimistă, prin a vă prezenta legenda autiștilor, o poveste magică asupra acestei tulburări. Se spune că zânele răpesc pruncii din pătuțul lor și îi înlocuiesc cu copii de zâne, care sunt copii deosebit de frumoși, dar nu trăiesc realmente într-o lume a oamenilor, astfel explicându-se adaptarea precară la mediu și problemele de comunicare.

Din nefericire, autismul este cât se poate de real și poate lovi pe oricine, neținând cont de rasă, vârstă sau de alte criterii. Conform celui mai recent studiu realizat în S.U.A., în 2005, un copil la trei sute de nașteri este autist. Există un criteriu de care autismul ține cont, aceasta fiind sexul. Frecvența apariției acestui sindrom este de patru ori mai mare la băieți decât la fete, iar în 75% din cazuri indivizii afectați manifestă și retard mintal.

În marea varietate patologică care afectează viața psihică și socială umană există și o afecțiune numită autism, a cărui principală caracteristică este varietatea formelor în care ea se manifestă la subiecții săi.

Autismul a fost descoperit ca și o patologie aparte relativ recentă. Leo Kanner a fost primul care, în 1943, a descris tabloul clinic studiind un grup de 11 copii („Autistic Disturbances of Affective Contact") și i-a dat denumirea de

„autism infantil precoce". El a numit trei criterii clinice care stau la baza sindromului: incapacitatea de a realiza și dezvolta relații sociale reale, izolarea și detașarea de lumea înconjurătoare.

Orice aport din exterior reprezintă o „intruziune îngrozitoare" (Kanner, 1943). Decurge de aici o limită în varietatea activităților spontane, ca și cum comportamentul copilului ar fi guvernat de o căutare a imutabilității, ceea ce explică repetițiile monotone (stereotipiile, ecolaliile, autostimulările etc.).

În ceea ce privește semnele precursoare, Kanner observă faptul că dacă, de obicei, copilul învață din primele luni de viață să-și ajusteze corpul cu poziția persoanei care îl ține în brațe, copiii autiști nu sunt capabili de acest lucru.

Etiologic vorbind, Kanner presupune că „acești copii au venit pe lume cu o incapacitate nativă, biologică, de a avea un contact afectiv cu oamenii."

Privind limbajul, Kanner spune că „este deviat către o autosuficiență lipsită de valoare semantică sau spre exerciții de memorie grosolan deformate." Din toți cei 11 copii studiați, doar opt dintre ei vorbeau (spuneau doar cuvinte, nume de obiecte identificate, adjective privind culorile sau indicații lipsite de specificitate). Când aceștia spuneau fraze, erau de fapt ceea ce astăzi se numesc ecolalii întârziate sau repetări imediate de combinații de cuvinte auzite. De aceea, funcția de comunicare, atât la cei care vorbeau, cât și la ceilalți trei copii care nu vorbeau era aproape la fel, în ciuda diferenței aparente. Unii părinți profitau de pe seama memoriei extraordinare pe care aceștia o posedă și îi învățau pe de rost psalmii sau alte texte.

Multe dintre observațiile lui Kanner au rămas încă de actualitate, însă unele dintre concluziile sale se dovedesc contrazise de studiul pe care Kanner l-a efectuat el însuși după trei ani de zile („Follow up Study of Eleven Children Originally Reported 1943", 1971) asupra evoluției celor unsprezece copii studiați. Aici acesta susține cu mai multă convingere concepția sa privind etiologia biologică, nativă, respingând orice psihogeneză postnatală.

Aproape toți copiii din lotul studiat trăiau în instituții pentru bolnavi cronici, zăcând la pat. Doi dintre ei ajunseseră totuși la o autonomie profesională și economică, făcând dovada unor capacități creatoare culturale și artistice; aceste două excepții sunt considerate ca fiind rezultatul interacțiunilor cu ființe capabile să intre cu adevărat în contact cu ei.

Leo Kanner elimină orice confuzie cu schizofrenia, adultă sau infantilă, subliniind că niciodată nu a existat la acești copii o relație inițială după care să fi avut loc o retragere: „Există de la început o extremă solitudine autistică, solitudine care, ori de câte ori este posibil, disprețuiește, ignoră, exclude tot ceea ce vine spre copil din exterior" (Kanner, 1971). S-au mai făcut și alte confuzii și substituiri cu alte sindroame, cum ar fi „encefalopatie infantilă", „tulburări emoționale grave", „psihoză infantilă", „copil fără contact", „fond encefalopat prin dismaturitate", „oligofrenie", „întârziere psihică", stări care sunt insuficiente pentru a acoperi tot ce autismul presupune, după cum precizează și Monica Delicia Avramescu.

Tot Monica Delicia Avramescu, în „Defectologie și logopedie" (București, 2002), spune că studiile următoare atât ale lui Kanner, cât și ale altor autori au subliniat varietatea clinico-evolutivă și diversitatea cauzelor și mecanismelor patologice implicate (Anthony, Makita, Treffert etc.).

Treptat, pornind de la Kanner, au început și mulți alți cercetători și autori să abordeze problema și să aprofundeze studiul autismului și modalitățile terapeutice ale acestuia. Printre aceștia se numără F. Tustin, D.W. Winnicott, Donald Meltzer, Lacan (ca și abordări psihanaliste), Lauretta Bander, Anthony, A. Van Krevelen (cu teorii explicative organogenetice), M. Mahler (cu teorii psihogene), Wing J.K., Fester, Emil Verza și, nu în ultimul rând, dr. O. Ivar Lovaas, cu teoriile comportamentale.

Pe scurt, voi enumera și alți cercetători care au adus contribuții importante în aprofundarea cunoștințelor privind autismul:

Hans Asperger: a lucrat în Australia și a publicat în 1944 „Austic Psihopathology in Childhood" („Psihopatologia autistă în copilărie"), cu un an mai târziu apărută decât lucrarea lui Kanner. Se pare că pacienții lui Asperger erau cumva mai comunicativi decât cei a lui Kanner. Spre deosebire de Kanner, Asperger credea mai degrabă într-o cauză biologică decât într-una psihologică. Lucrarea sa apare în „Early infantile autism", 1974.

Bernard Rimland: este un cercetător și părinte care s-a preocupat de studiul cauzelor autismului, așteptându-se să găsească cauze de ordin psihologic, însă a ajuns la concluzia că sunt cauze biologice. În 1964 el a scris o carte despre acest subiect, care în timp a influențat mult cercetările de mai departe („Infantile Autism: The Syndrome and Its Implication for a Neural Theory of Behavior", 1964; „Treating Autism: Parent Stories of Hope and Success", 2003; „Recovering Autistic Children", 2006).

Bruno Bettelheime: este un psihanalist freudian care a scris o serie de topice privind autismul, din care ar rezulta cauze psihiatrice ale sindromului („The Empty Fortress: Infantile Autism and the Birth of the Self", 1967).

Mikhael Rutter: este un cercetător care s-a preocupat de autism în anii '70 și care încă este implicat în studiul acestuia, dar nu mai este interesat de alte subiecte.

Rosemary Crossley: din Australia este prima care a încercat facilitarea comunicării cu copiii autiști.

Douglas Biklen: a adus facilitarea comunicării cu copiii autiști în S.U.A., în baza lucrării lui Rosemary Crossley.

Guy Bernard: este un medic francez din Annecy, care a descoperit audiokinetromul, unul dintre posibilele dispozitive folosite în „Auditory Integration Training" (1993).

Uta Frith: a scris cărți în domeniu, printre care „Autism: mind and brain", 2004, „Autism: a very short introduction", 2008, „Autism and talent", 2010.

Stanley Greenspan: a scris cărți despre copiii cu tulburări de dezvoltare, nu neapărat din spectrul autismului („Infant and Early Childhood Mental Health",

2006: „Engaging Autism: The Floortime Approach to Helping Children Relate, Communicate and Think", 2003).

Dintre toți acești autori, ne vom preocupa în special de O. Ivar Lovaas, fost director al Clinicii pentru Terapia Comportamentală a Copiilor a UCLA, Departamentul de Psihologie, care a scris numeroase lucrări valoroase pentru înțelegerea autismului și abordarea de metode terapeutice: „Teaching Developmentally Disabled Children. The Me Book" - 1981, „Five Videotapes for Teaching Developmentally Disabled Children" - 1981, „Behavioral Treatment and Normal Educational and Intellectual Functioning in Young Autistic Children" - 1987, „Clarifying Comments on the Young Austism Study" - 1989, „Longterm Outcome for Children with Autism who Received Early Intensive Behavioral Treatment" - 1993.

După nenumărate cercetări făcute pe autiști, acesta a inițiat o metodă terapeutică, alături de alți cercetători, care și-a dovedit eficiența, denumită ABA („Applied Behaviour Analysis"). Principiul după care această metodă funcționează este reprezentat de reflexul condiționat din experimentul lui Pavlov.

Pentru o mai bună înțelegere, vom prelua tabelul lui Kazdin (1994), care ne conferă exemple concrete, banale, de zi cu zi, cu cele trei componente care stau la baza operării condiționate (Antecedent, Comportament, Consecință):

ANTECEDENT	COMPORTAMENT	CONSECINȚĂ
SUNĂ TELEFONUL	RĂSPUNZI LA TELEFON	VOCEA PERSOANEI LA CAPĂTUL CELĂLALT
UN PRIETEN FACE CU MÂNA	TE APROPII DE PRIETEN	VIZITĂ ȘI STATUL DE VORBĂ
INSTRUCȚIUNILE PENTRU COPIL SĂ ÎȘI FACĂ CURAT ÎN CAMERA LUI	COPILUL ADUNĂ JUCĂRIILE	PREMIU, CADOURI ȘI BANI DE BUZUNAR
AVERTIZAREA DE A NU MÂNCA ALIMENTE EXPIRATE	MÂNCAREA ALIMENTELOR EXPIRATE	STARE DE RĂU ȘI VOMAREA ALIMENTELOR

Autismul este cel mai cunoscut dintre TID-uri („tulburările invazive de dezvoltare", care sunt de origine bio-chimice sau asociate unei probleme genetice). Mesajele transmise la creier sunt prost receptate și interpretate.

Termenul de autism, etimologic vorbind, provine din grecescul „autos", care înseamnă „pentru sine însuși". Acest termen a fost introdus pentru prima oară în psihiatrie în anul 1911 de către E. Bleuler, în lucrarea sa „Grupa schizofrenicilor" (Bleuler E., „Dementia Praecox oder Gruppe der Schizophrenien", 1911).

Vom prezenta câteva definiții și abordări mai mult sau mai puțin similare, importante și recunoscute pe plan mondial:

A. În DSM IV („Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition") întâlnim următoarea descriere:

1. Carențe calitative în interacțiunea socială, care sunt manifestate de cel puțin două din următoarele:
   a. carențe marcate în utilizarea comportamentelor nonverbale multiple, cum ar fi: focalizarea privirii, expresia facială, poziția corpului;
   b. eșecul în a dezvolta relații adecvate conform nivelului de dezvoltare;
   c. o lipsă a spontaneității în căutarea de a împărtăși distracția, interesele sau realizările împreună cu alte persoane (ex. lipsa capacității de a indica, a aduce sau a arăta cu degetul obiectele care îl interesează);
   d. lipsa empatiei (notă: în descriere se dau următoarele exemple: nu participă activ în joaca simplă, socială, preferând activitățile solitare sau implicarea celorlalți în activități numai ca și instrumente sau ajutoruri „mecanice").

2. Carențe calitative în comunicare care se manifestă în cel puțin una din următoarele:
   a. Întârzierea sau lipsa totală în dezvoltarea limbajului (nu este acompaniat de încercarea de a compensa prin modalitățile alternative de comunicare, cum ar fi gestica sau mimica);
   b. La indivizii cu vorbire adecvată, marchează lipsurile din abilitatea de a iniția sau de a susține o conversație cu ceilalți;
   c. Utilizarea stereotipă și repetitivă a limbajului;
   d. Lipsa varietății, spontaneității jocurilor simbolice, abstracte sau jocul imitativ social adecvat nivelului de dezvoltare.

3. Repetițiile neacceptate și patternurile stereotipe ale comportamentului, interesele și activitățile manifestate de cel puțin două din următoarele:
   a. preocuparea mare pentru una sau mai multe steoretipii și patternuri neacceptate, bizară prin intensitate și concentrare;
   b. aparenta dependență de specific, ritualuri sau rutine nespecifice și inflexibitatea;
   c. maniere motorii stereotipe și repetitive (ex. „fluturarea" sau învârtirea mâinilor sau a degetelor, sau mișcări complexe ale întregului corp);
   d. preocuparea insistentă de mici părți ale obiectelor.

Funcționarea întârziată sau anormală în cel puțin una din zonele următoare este specifică:
- interacțiunea socială;
- limbajul așa cum este el folosit în comunicarea socială;

BCU IASI UNIVERSITY LIBRARY

- jocul simbolic sau imaginativ.

B. Definiția dată de „Autism Society of America" este următoarea: „Autismul este o tulburare severă de dezvoltare pe parcursul întregii vieți, care poate fi diagnosticată în primii trei ani de viață". Se regăsește în familiile din întreaga lume, de orice rasă umană, indiferent de baza socială sau etnică. Niciun factor cunoscut din mediul psihologic al copilului nu s-a dovedit ca fiind cauzator de autism.

Simptomele sunt cauzate de tulburări de ordin fizic ale creierului. Ele includ:

1. Modificări ale ratei de apariție a capacităților fizice, sociale și limbaj;
2. Răspunsuri anormale la senzații. Oricare combinație a simțurilor sau răspunsurile la stimuli sunt afectate: vederea, auzul, tactilul, durerea, echilibrul, mirosul, gustul etc;
3. Limbajul și comunicarea sunt absente sau întârziate;
4. Relaționare anormală cu persoane, obiecte sau evenimente.

Sindromul autism poate apărea singur sau în asocierea cu alte afecțiuni, care afectează funcționarea creierului, cum ar fi: infecțiile virale, tulburări ale metabolismului și epilepsia. Este important să distingem autismul de retard sau alte boli mentale, pentru că din moment ce se face confuzia diagnosticului se poate apela la tehnici terapeutice neadecvate și ineficiente.

Formarea severă a sindromului poate include automutilări extreme, repetitive, comportament agresiv neobișnuit. Programele de educare specială care folosesc metode comportamentale s-au dovedit cel mai bun tratament.

C. Asociația Americană de Psihiatrie „Manualul Statistic și de Diagnostic pentru Boli Mentale", ediția a IV-a, Washington DC, 1994 sesizează deficiențe cantitative în ceea ce privește interacțiunea socială manifestată de cel puțin două din următoarele:

- deficiențe în folosirea unor multiple comportamente nonverbale ca lipsa contactului ochi în ochi, expresie facială, poziții ale corpului, lipsa unor gesturi folosite în mod uzual în interacțiunea socială;
- deficiențe în dezvoltarea unor relații umane apropiate de nivelul de dezvoltare mental;
- o lipsă a spontaneității arătată nu relevă bucuria, interesul sau reușitele împreună cu alți oameni (o lipsă în a reuși să aducă, să arate cu degetul obiecte de interes, sau să înțeleagă obiectele arătate cu degetul la diferite distanțe);
- lipsa unor trăiri emotive sau sociale de reciprocitate (ex. de a arăta compasiunea pentru cineva în suferință).

Deficiențe în comunicare reprezentate de una din următoarele:

- întârzieri sau lipsa totală de dezvoltare a limbajului vorbit (neacompaniat de nicio încercare de a compensa prin moduri alternative de comunicare ca gesturi și mimică);

BCU MUREȘ - RAU UNIVERSITY LIBRARY

- la indivizii cu vorbire adecvată, deficiențe în abilitatea de a iniția și susține conversații cu alte persoane, repetări stereotipe de limbaj verbal;
- lipsa înțelegerii și a practicării unor jocuri social-imitative sau a unor jocuri variate și spontane referitoare la orice condiții abstracte (ex. imposibilitatea de a lua o banană și de a o folosi pe post de microfon).

Restrictive repetări stereotipe și manifestări foarte restrictive în ceea ce privește comportamentele, activitățile, interesele, așa după cum urmează:

- nefireasca preocupare cu una sau mai multe activități stereotipe și puține la număr, precum și concentrarea nefirească pentru un subiect care nu necesită acest lucru (ex. învârtirea unei roți de mașină de jucărie pentru un timp îndelungat cu o foarte mare concentrare) aparent inflexibil la interesul pentru anumite activități care par strict nonfuncționale sau social ritualice (ex. nu înțelege de ce oamenii își dau mâna când se întâlnesc sau motivația pentru care se spală pe dinți);
- activități sau comportamente stereotipe și repetitive din cadrul motor (ex. bâțâiala mâinii sau a degetelor sau în unele cazuri o mișcare mai complexă a întregului corp), preocuparea persistentă pentru părți nesemnificative ale obiectelor (ex. preocupare foarte mare nu pentru ceea ce este un instrument de scris sau pentru cum arată ci doar pentru peniță sau capătul minei, pe care îl studiază ore în șir).

D. Autismul mai este definit ca „aplecare asupra lumii sale interioare a subiectului care refuză contactul cu lumea exterioară, această repliere putând fi concepută ca efect al unei ratări radicale a localizării imaginii corpului (Larousse, „Dicționar de psihanaliză", 1997).

În cazul autismului, individul se izolează de realitate și refuză să comunice cu mediul (dar nu trebuie generalizat). Prima caracteristică a afecțiunii este diversitatea formelor în care apare și se manifestă și faptul că nu există doi autiști la fel. Nu este obligatoriu ca toate simptomele și manifestările să se regăsească în toate cazurile. Frecvența tulburărilor invazive de dezvoltare este de 22 de persoane la 10.000 de locuitori și de patru ori mai des întâlnită în cazul persoanelor de sex masculin.

Părinții, la început, trăiau sentimente de culpabilitate deoarece existau ipoteze conform cărora părinții de copii autiști aveau trăsături de personalitate comune (părinți reci, care aparțineau clasei sociale superioare etc.). S-a demonstrat, mai târziu, că nu părinții sunt cauza declanșării autismului.

Trăsăturile autismului:

- lipsa limbajului sau limbajul slab dezvoltat. Se regăsesc des țipete sau strigăte;
- anomalii de relaționare. Subiectul poate să nu ofere atenție persoanelor din jur nici dacă acestea sunt singure cu acesta în cameră. El poate fugi și nu înțelege sensul relaționării sociale, nu diferențiază persoanele și nu înțelege

socialul, în general. Contactul vizual nu este folosit pentru a atrage atenția altor persoane.

Temple Garden (autist recuperat), în încercarea de a explica experiența sa în legătură cu contactul vizual, spunea că în momentul în care se uita la o persoană nu îi vedea ochii, i se părea că vede o mască cu ochii negri, absenți, iar acest lucru o deranja, o înspăimânta și o făcea să evite privirea;

- autistului îi lipsește empatia. Nu îl influențează starea afectivă a celor din jur și nici nu înțelege sensul acestora. Mulți copii sunt insensibili la prezența părinților, iar alții vor respinge străinii care se avântă asupra lor, încercând să stabilească contactul;
- obiectele sunt folosite în mod stereotip (de exemplu, învârtirea roților de la mașinuțe, atingerea scurtă a unui obiect), apoi retragerea bruscă a mâinii de pe acesta, acțiune repetată îndelung, privirea unui obiect strălucitor mai mult timp, potrivirea și aranjarea obiectelor de același gen etc;
- nu inițiază jocuri interactive, pentru că nu au imaginație și nu știu să se joace cu altcineva;
- nu imită gesturi, dar poate apărea pe de altă parte ecopraxia, copilul concentrându-se pe imitarea mecanică a gesturilor și nu pe sensul acestora;
- jocurile de rol sunt inexistente. O mică parte dintre autiști este capabilă de acestea, însă presupun imaginație și, așa cum am mai precizat, aici sunt deficitari. Ei pot învăța, însă, scheme de joc în mod mecanic, pe care le vor aplica în așa-zisa joacă, iar în timp se poate transforma în joacă abstractă;
- pot fi sensibili la unele modificări. Cei mai sensibili la acestea sunt cei din familii pentru că sunt obișnuiți cu o anumită stabilitate. Cei din centrele de plasament sau de zi sunt mai puțin sensibili la schimbări pentru că sunt îngrijiți de către un personal care este în permanentă schimbare (de exemplu ture). Când se produce schimbarea, de obicei apare frustrarea și încep să țipe și să plângă și să nu comunice ceea ce îi deranjează, pentru că nu știu cum;
- senzorio-motricitatea este afectată. Centrii nervoși de la nivel cerebral sunt afectați și aproximativ 70% dintre ei au și carențe la acest capitol. Toate funcțiile senzoriale pot fi afectate într-o formă hipo- sau hipersensibilă. De exemplu, cubul îl vor ține foarte aproape de ochi sau dacă poartă ochelari, îl vor lipi de aceștia;
- au o capacitate foarte slabă de a generaliza. Fac foarte greu trecerea de la un obiect la categoria căreia îi aparține, sau la altul asemănător. De exemplu, o cană albă de cele mai multe ori nu va reprezenta, pentru subiect, același obiect cu o cană albastră;
- stimulare vizuală bizară. De exemplu, cei mai mulți dintre ei au o fascinație pentru reclame și videoclipuri, pentru obiecte lucioase sau strălucitoare, făcându-le o mare plăcere să le privească chiar și ore în șir;
- activitatea motorie poate fi foarte redusă, dar în cazul celor hiperkinetici este invers;

BCU "MIHAIL KOGĂLNICEANU" LIBRARY

- comunicarea și limbajul prezintă întârzieri severe, în cazul în care sunt existente. Achiziția deformată, bizară manifestă un limbaj inadecvat. În ceea ce privește comunicarea, trebuie precizat faptul că mulți nu au mișcări de bucurie, de teamă, iar expresiile faciale sunt sărace („față de gheață"). Nu utilizează mimica de a cere, de incitare. Pentru a cere, mulți iau mâna adultului pentru ca acesta să rezolve sarcina, deși ar putea să o îndeplinească singuri. Tonul, ritmul limbajului sunt particulare, bizare și de asemenea este caracteristică inversiunea pronumelui (în loc de persoana întâi folosesc persoana a doua). Înțelegerea comunicării și a limbajului altor persoane de către autist este precară;
- emoțiile. Nu au umor, mulți dintre ei, deși adesea râd. Se poate întâlni și râsul bizar. Emoțiile le exprimă într-o manieră greșită, cu o excepție: sunt foarte expresivi când sunt agresivi, și au accese de furie;
- capacitățile video-spațiale și memoria sunt mai bune, de obicei, ca la persoanele normale;
- atenția se fixează greu, se instalează greu pe activitate și poate fi comutată foarte greu de la stereotipie, autostimulare, la activitate.

2.2. Tipuri de autism

În complexitatea spectrului de manifestări caracteristice pentru sindromul autistic, psihanalista engleză F. Tustin („Autism and Childhood Psychosis", 1972; „Autistic States in Children", 1981) propune trei grupuri de clasificare ale acestuia și anume (Monica Deliciu Avramescu, 2007, p. 247):

1. autismul primar anormal;
2. autismul secundar cu carapace;
3. autismul secundar regresiv.

Autismul primar anormal se caracterizează prin faptul că la sugar nu există o diferențiere între corpul său și cel al mamei sale și, de asemenea, nu există o delimitare a suprafeței sale corporale, și tocmai de aceea funcționarea mentală a acestuia este organizată în jurul unor senzații deosebit de primitive. Este, în fapt, o prelungire anormală a autismului.

Autismul secundar cu carapace are o denumire care exprimă în sine esența acestui tip aparte de afecțiune și constă într-o «barieră autistică destinată să interzică accesul la „non-eul" terifiant, copilul în acest caz rigid, insensibil, fugind de contactul fizic. Activitatea fantasmatică este săracă, centrată în jurul anumitor procese corporale, iar actul de gândire inhibat.» Psihanalista declară această formă ca fiind „crustacee" și subliniază rolul important al hipersensibilității copilului la depresia mamei și la stimulii senzoriali, în general.

Autismul secundar regresiv reprezintă, de fapt, corespondentul schizofreniei infantile. Aici, după o evoluție aparent normală, apar manifestări regresive, copilul retrăgându-se într-o viață fantasmatică, părând absent, centrat pe senzațiile corporale. Copilul este confuz privind diferențierea de mama sa, proces întărit de mecanismul identificării proiective cu mama.

În diagnoza autismului se vehiculează alte două tipuri de autism: cel înalt funcțional, în care copilul nu prezintă carențe foarte mari și afecțiunea acestuia mai puțin severă. Subiectul prezintă caracteristici, simptome clare care determină înscrierea acestuia în tabloul clinic al autismului, însă nu sunt foarte multe ca număr și nici extrem de grave. Al doilea tip este cel grav, sever asociat și cu o formă de retard congenital și, de asemenea, se regăsesc mult mai multe simptome din tabloul clinic al autismului în moduri mult mai accentuate.

Prognosticul în cel de-al doilea tip este mult mai sumbru decât în primul.

3. DEZVOLTAREA PSIHICĂ A COPILULUI PREȘCOLAR NORMAL (3 - 6 ani)

3.1. Caracterizare generală

Perioada celei mai autentice copilării, „vârsta grației", stadiul copilului preșcolar se caracterizează prin transformări importante în planul dezvoltării somatice, psihice și relaționale. Cadrul grădiniței în care este cuprinsă majoritatea copiilor preșcolari multiplică și diversifică relațiile cu cei din jur, lărgește orizontul de cunoaștere al copilului, contribuie la adâncirea contradicțiilor dintre cerințele, solicitările externe și posibilitățile interne ale copilului, această contradicție constituind, de fapt, sursa dezvoltării psihice.

Activitatea dominantă a acestei etape rămâne jocul, dar el este corelat din ce în ce mai mult cu sarcini de natură instructiv-educativă, cu elemente ale muncii și creației. Toate acestea favorizează complicarea și diferențierea treptată a proceselor cognitiv-operaționale ale preșcolarului, schimbarea atitudinii față de mediul înconjurător, extinderea relațiilor cu cei din jur, făcându-l apt ca la vârsta de 6-7 ani să pășească într-o nouă etapă, cea a școlarității. Dacă „trăsătura esențială a copilului este aceea de a exista ca ființă în devenire", preșcolaritatea marchează descoperirea realității externe", afirma P.A. Osterrieth (1976, p. 31).

Caracteristici ale proceselor senzoriale. Procesele senzorial-perceptive se dezvoltă și se perfecționează în strânsă legătură cu procesul de creștere și maturizare, cu noile schimbări din cadrul activității și al planului relațional al copilului cu mediul natural social.

La vârsta preșcolară, segmentul periferic al analizatorilor este format. Dezvoltarea în continuare a sensibilității acestora și discriminarea tot mai precisă a însușirilor obiectelor și fenomenelor sunt consecința dezvoltării și perfecționării activității centrale, corticale, a analizatorilor, a participării active a celui de-al doilea sistem de semnalizare la activitatea de analiză și diferențiere.

BCU "Ion Creangă" UNIVERSITY LIBRARY

Sensibilitatea tuturor analizatorilor se adânceşte şi se restructurează, dar cea auditivă şi vizuală au cea mai mare pondere. În general, în jurul vârstei de 5 ani, preşcolarii diferenţiază şi denumesc culorile fundamentale ale spectrului, precum şi pe cele intermediare. Sensibilitatea tactilă se dezvoltă în strânsă legătură cu cea kinestezică prin contactul cu obiectele, fiind totuşi subordonată văzului şi auzului. Se dezvoltă, de asemenea, şi celelalte forme de sensibilitate: olfactivă, gustativă, kinestezică, proprioceptivă etc.

Cunoaşterea complexă a diversităţii obiectelor şi fenomenelor se realizează prin intermediul percepţiilor care subordonează şi integrează senzaţiile, detaşându-se, individualizându-se, în raport cu cele ale antepreşcolarului. Astfel, „deşi încărcate încă afectiv şi situaţional, percepţiile se vor desprinde treptat de particularităţile concrete ale situaţiilor şi de semnificaţiile afective, centrându-se mai mult pe obiect, pe caracteristicile lui reale, obiective" (P. Golu, 1992).

Treptat, în cadrul jocului, mai ales al jocurilor didactice, se realizează trecerea de la percepţia spontană, neorganizată la percepţia organizată, intenţionată, orientată spre un scop care este observaţia, un rol important deţinându-l activitatea, limbajul, experienţa anterioară.

Se organizează şi se perfecţionează şi unele forme complexe ale percepţiei: percepţia spaţiului, a timpului, a mişcării. Astfel, reflectarea însuşirilor spaţiale ale obiectelor (precum mărimea, forma, relieful, poziţia spaţială etc), implică interacţiunea mai multor modalităţi senzoriale (vizuală, tactilă, kinestezică etc), iar detaşarea însuşirilor semnificative este facilitată şi de dirijarea şi întărirea verbală. Treptat, copilul poate percepe succesiunea în timp a unor evenimente şi durata desfăşurării lor, un rol important având-l acţiunile practice, jocurile organizate, programul activităţilor instructiv-educative din grădiniţă.

Comparativ cu efectele de câmp sau de centrare, care rămân relativ constante, activităţile perceptive care presupun „explorarea configuraţiilor", deplasări ale privirii şi punctelor ei de fixare, se dezvoltă în mod progresiv (J. Piaget, B. Inhelder, 1969).

Totuşi, într-o configuraţie complexă de stimuli copilul percepe doar ansamblul, fără a realiza analiza părţilor sau sinteza relaţiilor lor, acest defect de explorare activă explicând sincretismul percepţiei preşcolarului (Ed. Claparede) sau caracterul global al acesteia (Ov. Decroly).

Cercetările psihologice au evidenţiat faptul că trecerea de la percepţia nediferenţiată la percepţia organizată şi sistematică a mediului înconjurător nu se face spontan; ea presupune organizarea unor activităţi de instrucţie şi educaţie în care copilul să acţioneze direct cu obiectele şi substitutele acestora.

Pe baza experienţei perceptive „consumate" se formează reprezentările memoriei care, la preşcolar, devin cu atât mai operative cu cât acţiunile practice ale acestuia cu obiectele sunt mai bogate, mai frecvente, în cadrul acestora realizându-se selecţia unor însuşiri şi estomparea altora.

La preşcolar, reprezentările au un caracter intuitiv, situativ şi sunt încărcate de elemente concrete, particulare. Paralel cu reprezentările memoriei se

dezvoltă şi reprezentările imaginaţiei. Funcţia cognitivă a reprezentărilor se dezvoltă mai ales după vârsta de 4 ani, facilitând procesul înţelegerii, coerenţa vieţii psihice, dându-i posibilitatea preşcolarului să poată trăi mental trecutul şi viitorul în prezent, realul şi imaginarul în acţiune (U. Şchiopu, V. Piscoi, 1989, p. 126).

În formarea reprezentărilor, cuvântul are o funcţie reglatoare, ajutând la desprinderea unor însuşiri mai importante ale obiectelor, la sporirea clarităţii şi stabilităţii lor, la reactualizarea experienţei trecute şi integrarea ei în cea prezentă sau chiar în cea viitoare. „Reprezentările devin - prin suportul de cunoştinţe stratificate pe care le conţin -, mediatoare ale cunoaşterii, rezervoare de cunoştinţe" (U. Şchiopu, 1995, p. 21).

Caracteristici ale intelectului. Intelectul cuprinde un sistem de relaţii, activităţi şi procese psihice superioare (inteligenţă, gândire, memorie, imaginaţie, limbaj) în cadrul căruia gândirea constituie procesul psihic central, „statul major", orientând, conducând şi valorificând toate celelalte procese şi funcţii psihice.

În concepţia piagetiană, acest stadiu este „preoperaţional", al „inteligenţei reprezentative", al „gândirii simbolice" şi „preconceptuale". Are loc o intensă dezvoltare ce implică „expansiunea simbolicii reprezentative", interiorizarea acţiunilor, dezvoltarea comunicării verbale, cuvântul şi propoziţia constituind modalităţi de schematizare şi integrare. Activitatea cognitivă se realizează cu ajutorul reprezentărilor ce condensează însuşirile concrete şi caracteristice ale obiectelor şi fenomenelor, ele fiind denumite şi „preconcepute".

Studiile şi cercetările întreprinse de J. Piaget (1965, 1973, 1976), S. Vîgotski (1971, 1972), P. Osterrieth (1970), H. Wallon (1964, 1975), M. Debesse (1970), iar în România de U. Şchiopu, M. Zlate, P. Golu, I. Nicola (1996) ş.a. au evidenţiat cele mai semnificative caracteristici ale intelectului preşcolarului. Astfel, gândirea preşcolarului este preconceptuală sau cvasiconceptuală, ea operând cu o serie de construcţe care nu sunt nici noţiuni individuale, nici noţiuni generale. „În întregul său, preconceptul este deci o schemă situată la jumătatea drumului între schema senzoriomotorie şi concept în ceea ce priveşte modul de asimilare şi un gen de simbol imagistic, în ceea ce priveşte structura sa reprezentativă" (J. Piaget, 1965, p. 173).

„După vârsta de 3 ani, inteligenţa depăşeşte faza simbolică, trecând la un alt substadiu: al intuiţiei simple (4-5 ani) şi al intuiţiei articulate sau semioperaţional (între 5/6 - 7/8 ani); de la 4 la 7 ani asistăm la coordonarea treptată a raporturilor reprezentative, deci la o conceptualizare în creştere, care va conduce copilul de la faza simbolică sau preconceptuală până în pragul operaţiilor" (J. Piaget, 1965, p. 174).

Gândirea intuitivă este în progres faţă de gândirea preconceptuală sau simbolică, deoarece ea se aplică nu „figurilor individuale" ci configuraţiilor de ansamblu, rămânând orientată în sens unic. Deşi intuiţia conduce la un rudiment de logică, o realizează sub forma reprezentărilor şi nu a operaţiilor mintale. Astfel, deşi „intuiţia articulată" se apropie de operaţie şi, ulterior, se transformă chiar în

operație, rămâne rigidă și ireversibilă, nefiind încă o „grupare" propriu-zisă. Asemenea „gândirii simbolice de ordin preconceptual" din care derivă direct, gândirea intuitivă continuă, într-un anumit sens, inteligența senzoriomotorie, ea fiind un fel de acțiune executată în gând".

Regăsim în acest stadiu genetic și unele caracteristici ale gândirii întâlnite și în stadiul precedent, precum „egocentrismul". Situându-se în centrul universului, nefiind capabil să distingă corect, adecvat, realitatea obiectivă de cea personală, copilul raportează încă evenimentele la sine, la dispozițiile sale individuale. „Din egocentrismul gândirii derivă o altă particularitate a sa, și anume artificialismul" (P. Golu, 1985), credința că adultul are puteri nelimitate în univers. Deși pe măsura intensificării procesului de socializare gândirea preșcolarului progresează mult, ea rămâne o gândire sincretică, bazată pe relaționarea mai mult sau mai puțin întâmplătoare a însușirilor obiectelor, pe confuzii între parte și întreg. Înțelegerea fenomenelor este globală, nediferențiată, la baza sincretismului gândirii aflându-se inconsistența reprezentărilor și incapacitatea folosirii raționamentelor.

Caracterul animist al gândirii copilului se continuă, de asemenea, din stadiul antepreșcolarității. J. Piaget a relevat patru stadii animiste: la 3 ani - de antropomorfism profund, în care copilul „însuflețește" totul; după 3 ani și jumătate sunt vii doar jucăriile, apoi ele vor avea această caracteristică doar în timpul jocului. La 5 ani jucăriile nu mai sunt însuflețite, dar și la 6 ani unele obiecte (telefon, radio, ceas, televizor, frunzele uscate mișcate de vânt etc.) sunt considerate adesea ca vii. Sintetic, despre animism același autor afirma că: „Tot ce se află în mișcare este viu și conștient. Vântul știe că suflă, soarele știe că merge înainte" (J. Piaget, B. Inhelder, 1976, p. 92).

Caracterul situativ-concret al gândirii derivă din faptul că aceasta este „încărcată" de percepții și reprezentări, de elemente neesențiale, sugestive. Copilul clasifică și generalizează pe baza unor criterii situaționale, impresioniste, funcționale și nu rațional logice. L.S. Vîgotski și D.B. Elkonin au evidențiat, prin experimentele efectuate, caracterul concret, intuitiv și orientarea practică a gândirii. Piaget considera gândirea copilului preșcolar ca fiind preoperatorie, ea rămânând tributară ireversibilității perceptive. Copilul nu este capabil să treacă de la aspectele de formă, culoare, sesizate pe cale perceptivă, la surprinderea unor raporturi de invarianță permanentă, a ceea ce este constant și identic în lucruri, fenomene, precum conservarea substanței, greutății, volumului.

M. Zlate (1995) considera că definitorie pentru gândirea preșcolarului este organizarea structurilor operative ale gândirii, apariția noțiunilor empirice care, deși nu sunt coordonate și organizate în sisteme coerente, au mare importanță în procesul cunoașterii. „Oricum, afirma și U. Șchiopu (1981), până la 6 ani gândirea dobândește operativitate generală (nespecifică) relativ complexă." (p. 110).

În legătură cu procesul constituirii operațiilor mintale, J. Piaget apreciază: „Niciodată o conduită nouă nu răsare ca abruptă și fără pregătire în toate domeniile vieții psihice, ea este întotdeauna pregătită de un șir de conduite

anterioare mai primitive, față de care ea nu constituie decât o diferențiere și o coordonare nouă" (H. Aebli, 1973, p. 80). Preșcolaritatea este considerată astfel ca o perioadă de organizare și pregătire a dezvoltării gândirii, desăvârșirea operațiilor concrete având loc între 7/8 ani și 11/12 ani.

În strânsă legătură cu evoluția gândirii evoluează și limbajul, saltul calitativ înregistrat în dezvoltarea proceselor cognitive explicându-se și prin dezvoltarea limbajului. Deși nu sunt fenomene identice, gândirea și limbajul se află în strânsă unitate și intercondiționare. Copilul apelează la realitate, dar limbajul îl ajută să se îndepărteze de ea, percepțiile și reprezentările dobândind semnificație prin verbalizare. „Gândirea nu se exprimă prin cuvânt, ci se săvârșește prin cuvânt;... orice idee are o mișcare, un curs, o desfășurare ce se realizează ca o mișcare internă printr-un șir întreg de planuri, ca trecere a gândirii în cuvânt și a cuvântului în gândire" (L.S. Vîgotski, 1972).

Limbajul preșcolarului evoluează sub toate aspectele: fonetic, lexical, semantic, ca structură gramaticală și expresivitate. El se îmbogățește sub raport cantitativ, iar diferența dintre vocabularul activ și pasiv se micșorează discret, astfel că la 6 ani vocabularul său activ însumează peste 3500 cuvinte. Cunoașterea la copil, după cum bine se știe, începe de la acțiunea practică cu obiectele. Treptat, acțiunile externe se transformă în acțiuni verbale, iar în cele din urmă aceste operații se interiorizează, desfășurându-se în limbaj interior, într-o formă prescurtată și oarecum automatizată; ele devin operații și acțiuni intelectuale. Relația strânsă între cognitiv și comunicativ se manifestă clar la antepreșcolar și preșcolarul mic prin gândirea cu voce tare.

Comunicarea verbală cunoaște o dezvoltare intensă, trecându-se de la vorbirea situativă la vorbirea contextuală. Între 4 1/2 ani și 5 1/2 ani apare limbajul interior, cu implicații semnificative în dezvoltarea intelectuală a copilului, el reprezentând mecanismul fundamental al gândirii. Se intensifică funcțiile cognitivă și reglatorie a limbajului. Expresivitatea limbajului și bogația sa se manifestă atât în sporirea caracterului explicit al vorbirii, cât și în creșterea lungimii propoziției. Deși pronunția cunoaște o evoluție sub aspectul corectitudinii, aceasta nu este perfectă, fiind posibile omisiuni, substituiri, inversiuni de sunete.

Prezența unor defecte de vorbire care reprezintă o abatere de la dezvoltarea normală a limbajului (cele mai frecvente fiind dislalia, rinolalia, bâlbâiala) necesită depistarea lor la timp și tratament logopedic corectiv. Trebuie avut în vedere faptul că multe din defectele de vorbire ce persistă la această vârstă se datorează fie slabei dezvoltări funcționale a aparatului fonoarticulator, fie insuficientei dezvoltări a auzului fonematic.

Odată cu fondul lexical, are loc și însușirea semnificației cuvintelor, limbajul copilului perfecționându-se treptat, devenind mai clar, coerent, mobilul acestei perfecționări fiind o trebuință interioară, și anume trebuința de a se exprima, de a comunica. (Ed. Claparede, 1975).

Preşcolarii folosesc tot mai multe substantive, verbe, adjective, exprimându-se în propoziţii scurte, simple, povestirile lor realizându-se şi prin comunicarea nonverbală (gesturi, mimică, interjecţii). Diferenţele individuale sunt generate mai ales de mediul socio-cultural din familie, de regimul lingvistic, de natura şi freevenţa comunicărilor interpersonale, chiar dacă grădiniţa are un aport substanţial în atenuarea acestora.

Ca urmare a dezvoltării gândirii preşcolarului, a limbajului interior, memoria acestuia înregistrează o trecere de la forme inferioare şi mai puţin productive la altele superioare, cu grad mai mare de productivitate. Astfel, paralel cu memorarea involuntară (neintenţionată) se dezvoltă şi cea voluntară (intenţionată), alături de memorarea mecanică apare şi cea logică. În ontogeneză, cel mai timpuriu se dezvoltă memoria motrică, apoi memoria afectivă şi memoria plastic-intuitivă. Mai târziu, se dezvoltă şi memoria verbal-logică, ea reprezentând o treaptă superioară deoarece conţinutul său este format de materialul verbal.

Progrese înregistrează toate procesele memoriei (memorarea, păstrarea, reactualizarea), cât şi calităţile acesteia (volumul, rapiditatea întipăririi, durata păstrării etc). Cu toate acestea, cercetările efectuate au evidenţiat şi unele caracteristici ale memoriei preşcolarului, precum caracţerul nediferenţiat, difuz, caracterul incoerent, nesistematic, caracterul concret, plastic, intuitiv, caracterul pasiv, neintenţionat în memorarea şi evocarea unor fapte în mod spontan.

La vârsta preşcolară putem vorbi de o adevărată explozie a procesului imaginativ, explozie întreţinută în special de joc - activitate dominantă - care poate fi desfăşurat oricând şi oriunde. În timpul jocului are loc un proces de conjugare a imaginaţiei creatoare cu cea reproductivă, proces susţinut şi de experienţa cognitivă mai bogată, de sfera mai extinsă a reprezentărilor, de intensificarea funcţiei reglatoare a cuvântului, de dezvoltarea gândirii şi a noilor trebuinţe, dorinţe, interese.

Imaginaţia devine mai activă şi mai intenţională, creşte activitatea de prelucrare analitico-sintetică a reprezentărilor, procesul imaginativ fiind stimulat de joc, activităţile obligatorii şi liber-creative, de îndrumarea părinţilor şi a educatoarei. L.S. Vîgotski (1970) constata că imaginaţia preşcolarilor este foarte variată şi foarte bogată, copilul proiectând dorinţele lui dincolo de ceea ce este real.

Specificul fenomenelor şi proceselor reglatorii. Adaptarea copilului la cerinţele activităţii şcolare presupune un nivel optim de dezvoltare psihică, nivel atins atât de procesele cognitive, cât şi de activităţile şi procesele reglatorii: motivaţie, afectivitate, voinţă, atenţie, deprinderi.

Integrarea copilului în programul activităţilor instructiv-educative din grădiniţă, depăşirea orizontului restrâns al familiei, lărgirea sistemului relaţiilor cu cei din jur favorizează apariţia primelor relaţii şi atitudini ce constituie un nivel superior de organizare a vieţii psihice a copilului. Modificări importante se produc la nivelul motivelor, care constituie factori stimulatori ai activităţii, realizându-se trecerea de la motivele biologice la motivele şi trebuinţele sociale. Treptat,

motivele se ierarhizează, subordonându-se unele altora, legătura dintre ele fiind determinată şi de propria interioritate a copilului şi nu doar de intervenţia externă a adultului. Prin urmare, conduita preşcolarului începe să capete un caracter unitar, coerent, contribuind la formarea iniţială a personalităţii copilului.

Se consideră că motivele învăţării (care apar la vârsta preşcolară mijlocie) se formează mai întâi în procesul de efectuare a unor acţiuni practice concrete, organizate cu copiii, activităţile din grădiniţă reprezentând o etapă necesară în constituirea motivelor învăţării şcolare. Constituindu-se permanent la nivelul a două planuri - în cadrul relaţiilor cu cei din jur (motive social-morale) şi prin activităţile desfăşurate cu copiii (motive intrinseci) - „motivaţia la vârsta preşcolară prezintă o structură destul de simplă, are caracter predominant afectiv, situativ şi de perspectivă imediată, instabilitate, trăsături determinate de particularităţile psihologice ale vârstei respective" (Chircev, A., 1963, p. 297).

Modificările care survin la preşcolar, comparativ cu antepreşcolarul, în ceea ce priveşte afectivitatea sunt atât de natură cantitativă, cât şi calitativă. După cum constata P. Golu, „asemenea modificări sunt posibile, în principal, datorită noilor condiţii de viaţă ale preşcolarului, noilor solicitări cu care se confruntă (1985, p. 89). Restructurarea afectivităţii este condiţionată de contradicţia dintre trebuinţa de autonomie a preşcolarului şi interdicţiile manifestate de adult faţă de el. Structurile afective sunt în plin proces de formare, satisfacerea trebuinţelor, dorinţelor copilului asociindu-se cu stări afective pozitive, stenice, tonifiante, în timp ce contrazicerea, blocarea lor determinând stări emoţionale de insatisfacţie, nemulţumire". „Afectivitatea, centrată mai întâi pe complexele familiale, îşi lărgeşte registrul pe măsură ce se înmulţesc raporturile sociale, iar sentimentele morale, legate la început de o autoritate sacră, evoluează în sensul unui respect mutual şi al unei reciprocităţi" (J. Piaget, B. Inhelder, 1970, p. 108).

Cercetările psihologice au pus în evidenţă prezenţa la preşcolari a stărilor afective de vinovăţie (3 ani), de mândrie (4 ani), de pudoare (la 3-4 ani), fiind înscrise şi două sindroame: «sindromul bomboanei amare» - starea afectivă de ruşine ce apare în urma unei recompense nemeritate şi «sindromul de spitalizare» (reacţia afectivă violentă a copilului ce urmează să se despartă de cei dragi pentru a fi internat în vederea urmăririi tratamentului).

În acest stadiu se face trecerea de la emoţii la sentimente, se conturează mai clar unele sentimente morale, încep să se cristalizeze şi diverse sentimente intelectuale, un rol important în această evoluţie având-l adultul şi relaţia copilului cu el. „Prin mecanismul imitaţiei se preiau stări afective, expresii emoţionale, iar conduitele emoţionale ale preşcolarului se diversifică, se îmbogăţesc, devin mai coerente şi mai adaptate situaţiilor, realizându-se un adevărat proces de învăţare afectivă. Cu toate acestea, afectivitatea preşcolarului este destul de instabilă", conchide M. Zlate.

Atenţia, ca fenomen psihic de activare selectivă, concentrare şi orientare a energiei psihonervoase în vederea desfăşurării optime a activităţii psihice, cu deosebire a proceselor senzoriale şi cognitiv-logice, capătă în preşcolaritate un tot

mai pronunțat caracter activ și selectiv, își mărește volumul, crește concentrarea și stabilitatea ei.

Până la începutul preșcolarității, copilul a achiziționat ambele forme de atenție: involuntară și voluntară. În etapa preșcolară începe procesul organizării atenției voluntare, mai ales sub influența dezvoltării gândirii și a limbajului. Educatoarelor le revine sarcina de a trezi atenția involuntară (prin utilizarea unor stimuli caracterizați prin noutate, expresivitate, conturare specială, contrast cromatic etc.) și de a determina și menține atenția voluntară asupra activității desfășurate pe o perioadă mai lungă de timp. Aceasta se realizează prin „fixarea unor sarcini de către adult, exprimarea clară, caldă, expresivă, precizarea obiectivelor activității, solicitarea copiilor prin întrebări, îndrumarea lor pe parcursul activității etc". (M. Zlate, 1992).

Preșcolaritatea reprezintă stadiul apariției și începutul organizării voinței, ca formă complexă de reglaj psihic. Capacitatea de a-și dirija activitatea se dezvoltă odată cu funcția reglatoare a limbajului: prin intermediul limbajului intern, copilul își dă singur comenzi cu privire la declanșarea sau frânarea unor mișcări sau acțiuni simple. Motivația devine unul dintre factorii importanți ai susținerii voinței, dezvoltarea acesteia contribuind totodată la dezvoltarea și educarea voinței sale.

Studiile realizate, precum și practica educațională pun în evidență faptul că principalele faze ale actului voluntar (fixarea scopurilor, lupta motivelor, luarea hotărârii, execuția) nu sunt suficient stabilizate, făcând să apară piedici în funcționalitatea lor; ceea ce demonstrează faptul că la această vârstă voința este în curs de organizare, dezvoltarea ei fiind un proces foarte complex și de lungă durată.

Formarea și dezvoltarea personalității preșcolarului. Azi este unanim acceptată teza că la naștere copilul este doar „un candidat la umanitate" și că această calitate va fi dobândită prin învățare și educație, prin socializare, potențialul uman fiind astfel stimulat, dezvoltat și valorificat sub influența mediului și a educației. Întreaga evoluție a omului ca subiect epistemic, pragmatic, axiologic depinde de împrejurările maturizării sale biologice, psihice, sociale, ale modelării culturale și integrării sociale.

Dacă trebuința de independență și autonomie, mobilitatea și spiritul de inițiativă, tendința afirmării de sine erau considerate drept cele mai proeminente trăsături ale primei copilării, preșcolaritatea reprezintă perioada „formării inițiale a personalității". Esența profilului psihologic al acestei etape de dezvoltare se exprimă prin trezirea sentimentului de personalitate, exprimat după opinia lui H. Wallon (1975) prin „atitudine de opoziție" („spirit de contrazicere"), cât și printr-o „paradă a Eului". Cele mai importante achiziții ale personalității în preșcolaritate sunt „extensia Eului", formarea conștiinței morale, socializarea conduitei.

Psihologul american G. Allport (1981), care a studiat procesul elaborării ontogenetice a „Eului", precizează că până la 3 ani acesta a parcurs trei etape: simțul Eului corporal; simțul unei identități de sine continui; respectul față de sine, mândria.

În perioada preşcolarităţii aceste procese se perfecţionează, adăugându-se alte două dimensiuni importante ce contribuie la sporirea individualităţii copilului: „extensia eului" şi „imaginea eului" (G. Allport, 1981, p. 181). Primul aspect este legat de simţul de proprietate, echivalează cu lărgirea sferei sale de cuprindere, copilul vorbind despre „fratele meu", „mingea mea" etc.

Autorul subliniază că putem înţelege cel mai bine personalitatea cunoscând ce cuprinde Eul extins, „dar copilul mic are numai rudimentele unei asemenea extensiuni a Eului" (G. Allport, 1981, p. 131). Cel de-al doilea aspect se caracterizează printr-un început rudimentar de conştiinţă a copilului, care „ajunge să cunoască ce aşteaptă părinţii de la el şi să compare această aşteptare cu propriul său comportament".

Referitor la apariţia conştiinţei morale a copilului, specialiştii sunt de acord că ea este strâns legată de imaginea de sine a acestuia. El îşi formează imaginea de sine prin preluarea ei de la părinţi, aşa încât în aceasta intră, de fapt, atitudinile, exigenţele, interdicţiile şi expectaţiile părinţilor. „Imaginile parentale interiorizate constituie pentru copil un mijloc de autocontrol care îi oferă siguranţă şi îi sporeşte independenţa" (G. Allport, 1981, p. 101).

Cercetările lui J. Piaget cu privire la psihogeneza judecăţilor morale la copil disting faza eteronomă (copilul preia norme, reguli, interdicţii în mod neselectiv din anturajul imediat) şi faza autonomiei morale, ce corespund din punct de vedere genetic vârstei între 7 şi 12 ani. Este un stadiu al cooperării, în care respectul este reciproc, regulile şi normele morale fiind interiorizate şi transformate în mobiluri interioare ale conduitelor, fiind implicat şi propriul sistem valoric în actul de apreciere, judecare a faptelor, situaţiilor.

Piaget considera că există un paralelism între constituirea conştiinţei logice şi a conştiinţei morale. Astfel, dacă în dezvoltarea gândirii există o perioadă de egocentrism şi apoi de realism, tot aşa şi în dezvoltarea timpurie a conştiinţei morale există faza comportamentului moral egocentric şi faza realismului moral.

Ca şi J. Piaget, L. Kohlberg (după Ricks, 1978) este interesat de evoluţia şi formarea morală a copilului, evidenţiind trei niveluri de dezvoltare morală, care cuprind şase stadii ale raţionamentului moral:

Nivelul I - premoral (4 - 10 ani):

- stadiul moralităţii ascultării;
- stadiul moralităţii hedonismului instrumental naiv;

Nivelul II - al moralităţii convenţionale (10 - 13 ani):

- stadiul moralităţii bunelor relaţii;
- stadiul moralităţii legii şi ordinii;

Nivelul III - al autonomiei morale sau interiorizării şi acceptării personale a principiilor morale (L. Iacob, 1994) include:

- stadiul moralităţii contractuale şi acceptării democratice a legii;
- stadiul moralităţii principiilor individuale de conduită.

Cele şase stadii pot constitui indicatori ai procesului de interiorizare a judecăţilor morale şi a motivărilor acţiunii morale (A. Chircev, 1983). Se

realizează astfel trecerea de la morala eteronomă a ascultării, ce vizează evitarea pedepsei, dezaprobării, blamului, la o morală a respectului reciproc și la o morală autonomă, în care acceptarea normelor morale apare ca o formă de identificare cu grupul de referință. L. Iacob (1994) considera că modelul propus de L. Kohlberg este valabil doar pentru o dimensiune a moralității și anume judecata morală; el „nu se răsfrânge obligatoriu și direct și asupra conduitei morale" (p. 46).

Prin urmare, în concepția piagetiană preșcolaritatea corespunde celor două substadii ale etapei inițiale: al „moralei ascultării" eteronome și al „realismului moral", pe când, în concepția lui Kohlberg, preșcolaritatea se încadrează în primul nivel al dezvoltării morale. Respectarea normelor este mai mult rezultatul ascultării decât al cunoașterii și înțelegerii lor. Conformarea la normă se întemeiază pe afecțiune și pe teamă. Deoarece sensul acțiunii educative este de la conduită spre conștiință, o atenție deosebită trebuie acordată formulării cerințelor și urmăririi respectării lor în cadrul acțiunilor zilnice în vederea formării deprinderilor elementare de comportare. Acestea, treptat, prin stimulare din interior și stabilizare, vor deveni trăsături pozitive de caracter, ce intră tot în sfera conduitei morale.

Referitor la socializarea conduitei copilului, literatura de specialitate evidențiază că acest proces se realizează în contextul social, prin amplificarea relațiilor interpersonale, prin asimilarea și interiorizarea treptată a cerințelor, normelor, regulilor în cadrul familiei și grădiniței. Din perspectiva psihologică, socializarea este privită ca interiorizare a valorilor culturale, formare a atitudinilor și a reprezentărilor sociale comune grupurilor. Un instrument important al socializării este limbajul, învățarea lui facilitând stabilizarea relațiilor sociale din ce în ce mai diferențiate.

Se consideră că o multitudine de factori influențează socializarea copilului preșcolar:

- concepțiile filosofice, politice, religioase etc. la nivelul familiei și al statului;
- personalitatea părinților și a celorlalți copii, temperamentul și capacitățile lor cognitive;
- intervențiile și influențele mediului;
- conflictele dintre copil și adulți (părinți, educatori), pe de o parte, și între diversele „apartenențe" ale copilului, pe de altă parte.

Sunt numeroase lucrările care subliniază importanța interacțiunilor sociale implicate la mai multe niveluri ale construcției socializării: modul de comunicare, transmiterea cunoștințelor, cooperarea și confruntarea în rezolvarea problemelor, asimilarea unor concepte etc.

În ceea ce privește achiziția normelor și valorilor, cele mai multe teorii vizează locul acordat, în procesul socializării, mecanismelor externe de control social și mecanismelor interne de autocontrol ce înscriu socializarea într-un „proces de autoactualizare" (Grand Dictionnaire Larousse, 1991).

M. Zlate constata că evoluția sociabilității poate fi evidențiată prin modul în care preșcolarii realizează percepția altora. Astfel, dacă în jurul vârstei de 3 ani,

BCU MIHAI EMINESCU LIBRARY

«Altul» este perceput ca o amenințare, puțin înainte de 4 ani, «Altul» este perceput ca rival și abia pe la 5 ani, «Altul» este perceput ca partener egal de activitate.

Cooperarea este, după opinia specialiștilor, slab prefigurată, confuză la preșcolari, iar criteriile raționamentului moral cuprind o doză mare de subiectivism, motivarea faptei morale realizându-se mai mult din perspectiva afectivă decât cognitivă.

Practica educațională a scos în evidență faptul că integrarea copiilor în activitățile obligatorii și liber-creative, repartizarea și încredințarea unor „responsabilități sociale", utilizarea echilibrată a aprobării și dezaprobării stimulează mecanismul socializării conduitei copilului, dezvoltă autonomia acestuia, facilitează apariția premiselor trăsăturilor caracteriale. Selectarea și utilizarea unor strategii metodologice unitare, organizarea unor jocuri-exerciții de imitare a vorbirii altuia, a unor gesturi, a mimicii și pantomimicii, valorizarea pozitivă a modelelor de interacțiune contribuie, de asemenea, la educarea sensibilității, a atitudinii lor față de sine și față de alții, la interiorizarea treptată a unor modele de conduită.

Iată de ce, cunoașterea profilului psihologic a vârstei preșcolare devine un etalon important nu numai pentru evaluarea nivelului de dezvoltare, pentru înțelegerea universului psihointelectual, socioafectiv și comportamental, dar și din perspectiva optimizării strategiilor practice de acțiune eficientă la această vârstă.

Preșcolaritatea aduce schimbări importante în viața copilului, atât în planul dezvoltării somatice, cât și a celei psihice, dar și în ceea ce privește planul relațional. Marea majoritate a copiilor este cuprinsă în învățământul preșcolar, cadrul grădiniței depășind orizontul restrâns al familiei și punând în fața copiilor cerințe noi, mult deosebite față de cele din familie. Aceste diferențe de solicitări antrenează după ele, pe de o parte, surescitarea tuturor posibilităților de adaptare ale copilului și, pe de altă parte, diversitatea conduitelor sale.

În lucrarea „Psihologia copilului. Manual pentru clasa a XII-a, școli normale", autorii P. Golu, E. Verza și M. Zlate afirmă că „Motorul dezvoltării psihice îl va constitui însă adâncirea contradicțiilor dintre solicitările externe și posibilitățile interne ale copilului, dintre dorințele, aspirațiile, interesele copilului și posibilitățile lui de a și le satisface; dintre modul oarecum primitiv de satisfacere a trebuințelor și modul civilizat de satisfacere a lor, în concordanță cu anumite norme comportamentale și socioculturale".

Cu toate că jocul rămâne activitatea principală a acestei etape, el începe să se coreleze cu sarcinile de ordin instructiv-educativ și „vom asista la complicarea și adâncirea proceselor de cunoaștere, la schimbarea atitudinii față de mediul înconjurător, în sfârșit, la perfecționarea formelor de activitate ale copilului" (P. Golu, E. Verza și M. Zlate, 1998).

În timp ce universul perioadei anterioare (1 - 3 ani) era oarecum deformat, instabil, modificat conform dorințelor copilului, de data aceasta copilul descoperă existența unei realități extreme care nu depinde de el și de care trebuie să țină cont dacă vrea să-și atingă scopurile. Este vorba de o nouă lume care presupune

prezența și respectarea unor reguli, conformarea la ceea ce este necesar să fie făcut. Obiectele îl constrâng pe copil să le mânuiască într-un mod anume, adulții îi impun o conduită anume, îl obligă să respecte diverse reguli de manipulare a obiectelor.

Astfel, atitudinile fictive, imaginative și subiective asupra lumii vor fi înlocuite treptat cu atitudini realiste și obiective, mimarea unei acțiuni va fi înlocuită cu învățarea și efectuarea reală a acțiunii respective. Până acum, copilul se confundă cu alte persoane, mai ales cu mama sa, de data aceasta el va trebui să-i recunoască acesteia o individualitate proprie, ceea ce îl va face să trăiască o experiență tulburătoare: iubirea și a altor persoane, nu numai a lui însuși. Copilul devine mult mai conștient de propria-i existență și individualitate, își percepe mult mai clar părțile corpului, mai mult, percepe diferențele anatomice dintre sexe, ceea ce va da o lovitură serioasă egocentrismului, credinței că toți oamenii sunt la fel cu el. Acest lucru va constitui totodată și sursa unor complexe (complexul Oedip - tendințele de rivalitate față de părintele de același sex). Exuberanța motorie și senzorială a acestei etape se va asocia firesc cu îmbogățirea și flexibilitatea limbajului, cu dezvoltarea gândirii care câștigă coerență, claritate, comunicabilitate și se emancipează într-o oarecare măsură de dominanța afectivă și activă care o frânează pe cea anterioară.

Afectivitatea, deși fragilă, crizele de prestigiu fiind foarte frecvente, se organizează în formă complexă a sentimentelor. Personalitatea preșcolarului este și ea în plină formare și se conturează mai pregnant imaginea și conștiința de sine a copilului și, mai ales, conștiința lui morală. Acesta devine mai deschis la însușirea unor reguli și norme comportamentale, se înmulțesc conduitele dezirabile din punct de vedere social (de exemplu, formele de respect, politețe față de adulți). În ceea ce privește autoservirea și autoajutorarea, el achiziționează unele deprinderi de îmbrăcare, alimentare, igienice etc, care îi sporesc gradul de autonomie.

Ca urmare a diferențelor de solicitări din partea mediului familial, pe de o parte, iar de cealaltă parte, a mediului formal de la grădiniță, apare pericolul dedublării comportamentului copilului. El poate fi calm, liniștit, destins la grădiniță și iritat, nervos, tensionat, răsfățat, capricios în familie sau invers. În acest caz, unitatea exigențelor devine esențială.

3.2. Substadiile preșcolarității

Există trei substadii ale dezvoltării copilului preșcolar după cum urmează:

A. Preșcolarul mic (3 - 4 ani)

Copilul la această vârstă este foarte puțin deosebit de antepreșcolar. El are dificultăți de adaptare la mediul grădiniței deoarece este dependent de mamă, dar și din cauza faptului că nu înțelege prea bine ce i se spune și nu știe să se exprime clar. Principala lui formă de activitate este joaca, printre care se află și câteva activități sistematice simple, care iau tot forma jocului. Copilul se joacă mai mult

singur, iar jocul în sine este relativ sărac şi ia forma unor repetări stereotipe a unor acţiuni. Predomină încă egocentrismul: copilul este curios, atras de obiectele din jur şi nu înţelege foarte bine comenzile verbale care i se dau. Planul afectiv este instabil, el trecând foarte repede de la o stare la o alta. Aceeaşi instabilitate o regăsim şi la nivelul motricităţii, fiind neîndemânatic, făcând mişcări bruşte, insuficient coordonate. Manifestă interes faţă de adulţi, îi place să fie plimbat de aceştia şi pune întrebări în lanţ, un răspuns fiind un pretext pentru o altă întrebare.

B. Preşcolarul mijlociu (4 - 5 ani)

Se adaptează cu o mai mare uşurinţă mediului grădiniţei. Preocupările lui devin mai variate, jocul mai bogat în conţinut. Realitatea înconjurătoare începe să-l preocupe din ce în ce mai mult. Specific pentru procesele intelectuale este desprinderea lor treptată de acţiune şi instituirea lor în procese intelectuale de sine stătătoare, independente. Se dezvoltă mult limbajul (în această perioadă se câştigă cam 50 de cuvinte pe lună), se amplifică puterile imaginative şi creatoare ale copilului. Totodată, se conturează caracterul voluntar al celor mai multe dintre procesele psihice (memorarea, imaginaţia etc). Apare limbajul interior spre vârsta de 5 ani, care va constitui o cotitură esenţială pentru dezvoltarea psihică a copilului. Reacţiile emotive sunt mai controlate.

C. Preşcolarul mare (5 - 6/7 ani)

Se adaptează rapid la mediul grădiniţei şi nu numai, ci şi în contact cu orice situaţie nouă. La această vârstă, pe lângă joacă, care rămâne încă principala activitate, îşi fac loc din ce în ce mai mult şi activităţile de învăţare sistematică. Începe pregătirea pentru şcoală, pentru noile responsabilităţi care îi vor reveni şi, mai ales, pentru competiţia şcolară căreia va trebui să îi facă faţă. El îşi va organiza mai bine activităţile şi va manifesta o atitudine critică faţă de ele. Percepţia, transformată de mult în observaţie, se exersează, devine pricepere; limbajul capătă o structură mult mai închegată decât în etapele logice, orientate spre sistematizarea şi observarea faptelor particulare; sunt utilizate unele procedee de memorare; atenţia voluntară îşi prelungeşte durata. Preşcolarul mare are capacitatea de a se inhiba, se adaptează uşor, se ataşează repede.

3.3. Stadiile de dezvoltare propuse de Piaget

Jean Piaget a identificat un număr de stadii distincte de dezvoltare intelectuală. Copilul, demonstra Piaget, trece prin fiecare dintre aceste stadii, succesiv şi la aproximativ vârstele menţionate în continuare. Rapiditatea cu care acesta trece prin fiecare stadiu, deşi este influenţată de experienţele particulare ale copilului, este în mod esenţial controlată prin procesele de maturizare determinate biologic.

Ann Birch, în lucrarea sa „Psihologia dezvoltării" (2000), afirma că „procesul nu poate fi grăbit - copilul trebuie să fie apt să progreseze în următorul stadiu. La fiecare stadiu nou, repertoriului cognitiv al copilului i se adaugă niveluri de gândire mai sofisticate".

1. Stadiul senziomotor (aproximativ de la naştere până la 2 ani)

Copilul experimentează lumea mai ales prin percepţii imediate şi prin activitate fizică, fără o gândire aşa cum o cunosc adulţii. Până la 8 luni niciun copil nu deţine conceptul de permanenţă a obiectelor, tot ceea ce se află în câmpul vizual se află în afara minţii, iar copilul nu va încerca să se uite după un obiect vizibil anterior care este plasat în afara câmpului vizual. Gândirea copilului este dominată de principiul „aici şi acum". Odată cu achiziţia conceptului obiectului şi a celorlalte mijloace de cunoaştere, cum ar fi memoria şi limbajul, se încheie stadiul senziomotor. Acum copilul poate anticipa viitorul şi poate gândi despre trecut.

2. Stadiul preoperaţional (2 - 6/7 ani)

Este stadiul de dezvoltare cel mai intens studiat de Piaget. Acesta marchează o perioadă lungă de tranziţie care culminează cu apariţia gândirii operaţionale. Odată cu dezvoltarea limbajului, copilul este acum capabil de gândire simbolică, deşi Piaget demonstrează că aptitudinile intelectuale ale copilului sunt încă puternic dominate de percepţii, mai puţin de înţelegerea conceptuală a situaţiilor şi evenimentelor. Piaget descrie o serie de limitări cu referire la gândirea copilului din acest stadiu de dezvoltare. Egocentrismul se referă la inabilitatea copilului de a vedea lumea altfel decât din punctul lui de vedere. Copilul este incapabil să înţeleagă că pot exista şi alte opinii în afară de propria-i opinie şi are impresia că toată lumea percepe situaţiile şi lumea înconjurătoare în acelaşi mod ca al lui. Centrarea implică orientarea atenţiei asupra unei singure trăsături a situaţiei şi ignorarea celorlalte, indiferent de relevanţa lor. Ireversabilitatea se referă la faptul că în acest stadiu copilul este incapabil de a face operaţii mentale reversibile.

3. Stadiul operaţiilor concrete (7 - 11 ani)

Principalele trăsături ale acestui stadiu sunt achiziţia gândirii reversibile şi abilitatea de decentrare.

Prin urmare, „copilul este capabil să înţeleagă conceptul invarianţei, întrucât îşi dă seama că transformarea formei, volumului, distribuţiei spaţiale etc. este supusă reversibilităţii iar, pe de altă parte, gândirea copilului nu mai este dominată de o singură trăsătură a situaţiei." (Ann Birch, 2000). Piaget susţine că procesul de conservare apare într-o ordine definită, mai întâi apare conservarea numerelor la 6 sau 7 ani şi apoi conservarea volumului la vârsta de 11 sau 12 ani. De asemenea, copilul nu mai este egocentric, fiind capabil să vadă obiectele şi evenimentele şi din punctul de vedere al celorlalţi.

O altă trăsătură importantă a acestui stadiu este abilitatea crescută a copilului de a opera cu concepte, de exemplu clasificarea - abilitatea de a grupa logic obiectele în funcţie de caracteristicile lor comune - şi serierea - abilitatea de a aranja entităţi în şiruri ordonate, de exemplu în funcţie de culoarea sau mărimea lor.

Stadiul operaţiilor concrete poartă această denumire întrucât copilul trebuie să manipuleze şi să experimenteze obiecte reale, cu scopul de a rezolva

BCU "CAROL I" LIBRARY

probleme într-o manieră logică. De exemplu, „copilul aflat în acest stadiu de dezvoltare are dificultăți în rezolvarea problemei verbale: „Joan este mai înaltă decât Susan; Joan este mai scundă decât Mary; care dintre ele este cea mai scundă?", dar nu va întâmpina nicio dificultate dacă i se dau trei păpuși care le reprezintă pe Joan, Susan și Mary." (Ann Birch, 2000).

4. Stadiul operațiilor formale (peste 11 ani)

Acest stadiu marchează apariția abilității de a raționa abstract fără a se bizui pe obiecte sau evenimente concrete. Gândirea copilului se aseamănă din ce în ce mai mult cu aceea a adultului. El este capabil să rezolve o problemă la nivel mental prin evaluarea sistematică a mai multor propoziții și, în același timp, să analizeze intercorelaționarea lor.

4. Prognosticul în autism raportat la caracteristicile generale ale dezvoltării psihice

Prognosticul depinde de severitatea simptomatologiei inițiale și de alți factori, cum ar fi aptitudinile lingvistice (de exemplu, prezența limbajului expresiv) și nivelul intelectual general. Astfel, prognosticul cel mai favorabil îl au cei cu retard ușor sau cei cu nivel intelectual aproape normal și care achiziționează abilități de limbaj, chiar limitate, înainte de vârsta de 5 ani și care beneficiază totodată de o intervenție educațională precoce și intensivă.

Prognosticul este mult mai bun dacă copilul este plasat într-un program educațional intens și foarte structurat încă de la vârsta de 2 - 3 ani. Cu o intervenție adecvată și timpurie, multe comportamente tipice autismului pot fi ameliorate. Totuși, autismul are o evoluție continuă.

La copiii cu vârstă școlară și la adolescenți sunt frecvente achizițiile în dezvoltare în anumite domenii, de exemplu, creșterea interesului pentru activitatea socială. Apar însă probleme speciale, cum ar fi cele legate de sexualitate sau posibil debut al epilepsiei. Adolescența reprezintă o perioadă de schimbări majore: la unii indivizi, comportamentul se poate deteriora, pe când la alții se ameliorează unele dificultăți. Aproximativ 30% dintre persoanele cu autism manifestă o deteriorare temporară a simptomelor, în timp ce la circa 20% deteriorarea poate deveni permanentă (cresc hiperactivitatea, agresivitatea, ritualurile și stereotipiile, apar dificultăți de limbaj, regresie a competențelor sociale, inerție în nivelul de activitate). De exemplu, după literatura de profil, la pubertate este posibilă o regresie a limbajului în 10% din cazuri.

Marea majoritate a persoanelor atinse de autism continuă să prezinte probleme majore la vârsta adultă, mai ales în domeniul interacțiunilor sociale. Un număr foarte mic de persoane cu autism (1-2%) este capabil să trăiască independent și să lucreze într-un mediu neprotejat, iar mai puțin de o treime capătă un anumit grad de autonomie parțială. Dacă beneficiază de formare vocațională adecvată care să le permită să achiziționeze abilități necesare

(specifice muncii, dar și sociale) pentru a menține și a păstra un loc de muncă, aceștia pot fi lucrători foarte buni și apreciați. Însă chiar și cei mai activi dintre adulții cu autism continuă, de regulă, să prezinte probleme în interacțiunea socială și comunicare, iar paleta de activități și preocupări este considerabil restrânsă. În unele cazuri, la persoanele care sunt mai conștiente de problemele lor sociale poate apărea depresia.

Diagnosticarea și intervenția timpurie, urmate de tratament specific și individualizat pot face ca persoanele cu autism să progreseze, să atingă maximul potențialului lor și să trăiască o viață demnă.

Este foarte greu de a spune că nu au sau au șanse foarte mari de a fi integrați în societate persoanele cu autism. Copilul cu autism va putea, în anumite contexte, să aplice scheme comportamentale învățate, dar nu va ști cum să răspundă la complexitatea din mediu.

Orice persoană cu autism, fie ea copil sau adult, se poate ameliora. La unii durează câteva săptămâni, la alții un an perioada de tratament, depinde de la caz la caz.

Diferențele dintre funcțiile lor intelectuale nu sunt la același nivel de retard, și nici distribuirea acestuia pe funcțiile psihice nu este general valabilă, iar retardul în sine nu are același grad de severitate. Deci, nu există două cazuri identice.

Unii autiști vor putea fi integrați în școli normale, grădinițe, dar cu un adult însoțitor.

În cadrul Congresului Internațional de Autism de la Lisabona din anul 2003, cercetătorul canadian Eric Fombonne vorbea de o prevalență estimată la:

- 10/10.000 pentru autismul clasic;
- 60 - 70/10.000 pentru întregul spectru al tulburărilor autismului (Autism, Sindrom Rett, Tulburarea dezintegrativă a copilăriei, Sindrom Asperger și Tulburări globale de dezvoltare nespecificate);
- 2,5/10.000 pentru sindromul Asperger;
- 15/10.000 pentru tulburări globale de dezvoltare nespecificate.

Ami Klin, expert în autism, clinician developmentalist la Centrul pentru Studiul Copilului din Yale (Yale Child Study Centre) vorbea despre o prevalență de 1/250 pentru întregul spectru al tulburărilor autismului, 1/1000 pentru autismul „clasic" și aproximativ 3/10000 pentru Sindromul Asperger. Prevalența la băieți este de 4 ori mai mare decât la fete.

Tulburarea apare în aceeași măsură în familii aparținând tuturor culturilor, claselor și condițiilor sociale, indiferent de nivelul de instruire al părinților. Studii recente arată o creștere alarmantă a ratei de incidență a cazurilor de tulburări din cadrul spectrului autismului. De exemplu, în Marea Britanie, deși cel mai recent studiu al Consiliului de Cercetare Medicală (Medical Research Council) din anul 2001 din această țară a determinat că prevalența este de 1 la 166 din totalul populației, semnalând o alarmantă creștere de 1600% doar în ultimii 10 ani, Societatea Națională pentru Autism (National Autistic Society - NAS) estimează

prevalența tulburărilor din cadrul spectrului autismului la nivelul întregii populații ca fiind de 1 la 110 (în anii `80, rata diagnosticului de tulburare din spectrul autismului era estimată la 1/2500). Circa 67% dintre profesorii din școli obișnuite și speciale din Marea Britanie care au participat la un sondaj organizat de NAS consideră că acum există mult mai mulți copii cu tulburări din spectrul autismului în școlile lor decât cu cinci ani în urmă. Aceștia spun că 1 din 86 de copii cu care ei lucrează au nevoi speciale ce țin de tulburări din cadrul spectrului autismului, iar 1 din 152 de copii din școlile lor au diagnosticul formal de tulburare din cadrul spectrului autismului, mult mai mult decât prevalența oficială.

În S.U.A., potrivit statisticilor Institutului Național al Sănătății (2001) și Centrului pentru Controlul și Prevenirea Bolilor, prevalența este de 1 la 250 nașteri, iar un raport din anul 1999 al Departamentului Educației al Statelor Unite spune că între 1990 și 2000, la o creștere de 13% a populației, a existat o creștere de 16% a tuturor dizabilităților și de 172% a autismului (în California chiar de 273%), rata anuală de creștere fiind de 10-17%. Autism Society of America consideră că studiile din țară, cât și cele din lume, demonstrează faptul că este vorba de o criză națională și internațională în sănătate.

Printre terapiile specializate specifice copiilor cu autism enumerăm: logoterapia, terapia prin limbaj și comunicare, terapia prin muzică și artă, terapia cu animale (de exemplu hipoterapia), terapia ocupațională, fiziokinetoterapia. Autiștii pot fi ajutați și scoși din lumea lor, pot fi învățați să se atașeze de oameni și nu de obiecte, pot ajunge să se întoarcă când sunt strigați, să zâmbească, să se joace adecvat cu jucăriile, nu doar să le alinieze, să vorbească, să comunice.

Există persoane cu autism care au o inteligență superioară, chiar aproape de genialitate, așa numiții „savanți - autistic savants". Aceștia au un talent special, „insule de genialitate", în anumite domenii. De exemplu, Kim Peek, care nu putea să se îmbrace singur sau să aprindă lumina, a fost o enciclopedie ambulantă, a memorat peste 1200 de cărți și a fost un geniu în calcule calendaristice. Un alt exemplu ar fi cel al lui Leslie Lemke, un adult cu tulburări de dezvoltare și cu paralizie cerebrală, care compunea muzică și cânta sute de piese pe care le auzea o singură dată.

5. Prejudecăți și false idei în abordarea autismului

Deși nu este rar întâlnit, autismul rămâne încă un mister pentru foarte mulți oameni și, din păcate, și pentru mulți „specialiști", care pun diagnostice și dau sfaturi părinților de copii autiști. Există idei preconcepute și false idei care se vehiculează în legătură cu autismul, precum:

1. Toți autiștii au capacități extraordinare, cum ar fi:
   - abilitatea de a face puzzle-uri imense în timp record;
   - abilitatea de a număra aproape instantaneu mici obiecte care cad pe podea;

- efectuarea pe loc a unor operații matematice complexe, cu cifre mari.

Este adevărat că unii dintre autiști au aptitudini deosebite care le permit să facă aceste lucruri, însă sunt cazuri deosebite.

2. Toți autiștii sunt agresivi:

- autiștii pot fi agresivi sau/și se automutilează, însă se poate observa că nu este un fapt general valabil. Spre exemplu, am observat că acei autiști care provin din familii organizate, echilibrate și afectuoase sunt mai puțin predispuși în a manifesta un comportament agresiv decât cei care provin din familii dezorganizate, sau care au fost abandonați.

3. Sunt imposibil de ameliorat:

Este una din cele mai periculoase prejudecăți pentru că le restrânge dreptul la tratament. Se cunosc cazuri clare ale unor persoane care au suferit de autism, iar în urma tratamentului psihoterapeutic sau al vaccinului cu Timerosol (în cazul intoxicațiilor cu mercur) au fost tratate complet sau parțial.

Există studii concrete și recunoscute, mai vechi sau mai noi, care au demonstrat că autismul se poate ameliora considerabil, iar autiștii se pot integra foarte bine în societate și pot aduce contribuții importante omenirii (există autiști care au scris cărți). De exemplu, Temple Garden, care povestește la un moment dat că îi făcea o deosebită plăcere să rupă hârtii și să le arunce în aer după aceea. Aparent am zice că plăcerea constă în faptul că „savura" acțiunea de cădere a bucățelelor de hârtie, însă plăcerea ei era datorată senzației de zbor pe care i-o dădeau hârtiile în căderea lor.

Întrebați după ameliorare cum au „simțit" autismul ca și experiență, ei fie nu își aduc aminte ceva aparte, fie au explicat dorința mare pe care o resimțeau de a-și comunica dorințele și blocajul pe care îl întâmpinau în momentul în care încercau acest lucru.

Cu toate acestea, șansele de recuperare rămân foarte mici și țin de anumite criterii pe care vom ajunge să le dezbatem mai amănunțit.

4. Este o patologie legată de senzația auditivă:

De multe ori persoanele care nu cunosc nimic despre autism tind să asocieze afecțiunea cu o deficiență de auz din cauza asemănării fonetice a cuvintelor.

5. Austimularea este o formă de masturbare:

Austimularea reprezintă un comportament repetat de către subiect, mai mult sau mai puțin acceptat social, diferit de autoerotism. Asemănarea dintre cele două este faptul că în ambele cazuri ele reprezintă acțiuni făcute de către o persoană cu propriul său corp, scopul fiind obținerea satisfacției. Diferența constă în faptul că autostimularea nu are conotație erotică.

Copilul autist are două perechi de părinți: una până în momentul aflării diagnosticului (familie normală) și alta după aflarea diagnosticului. După ce părinții primesc diagnosticul și află că autismul nu are tratament, intră într-o stare de șoc similară cu starea din tulburarea de stres post-traumatică (TSPT). Ca să

BCU "CAROL I" UNIVERSITY LIBRARY

iasă din această stare, părintele are nevoie de un punct de sprijin solid. Îl găsește într-o terapie, într-un specialist sau se echilibrează și îl găsește în el însuși.

Când părintele are punctul de sprijin într-o terapie, copilul lui are progrese în recuperare foarte mici, deoarece părintele este încă în starea de TSPT și își înconjoară copilul doar cu disperare și nu poate înțelege nevoile copilului său și nu oferă un feedback corect echipei terapeutice a copilului (doar feedback-ul „nu merge nicio terapie"). Părintele care se echilibrează și își ia punctul de sprijin în el, înțelege comportamentul și nevoile afective ale copilului și oferă echipei terapeutice toate informațiile despre copil. Acest copil are cea mai bună evoluție. Pentru a trata copilul este obligatoriu și tratarea părinților de TSPT.

La ora actuală nu există nicio terapie în autism care să se adreseze direct copilului autist. Toate terapiile se adresează părinților copiilor autiști, părinți care aleg una sau mai multe terapii pentru copilul lor.

De aceea, intervenția precoce în autism înseamnă:

- scoaterea părintelui din TSPT;
- părintele să învețe despre autism și despre diferitele terapii;
- să cunoască ce poate să ofere fiecare terapie copilului său și care sunt limitele fiecărei terapii;
- să-și stabilească obiectivele (ce anume vrea să realizeze cu copilul lui) și prin ce terapii.

Părintele este „managerul de caz" și de deciziile sale depinde viitorul copilului său.

Atunci când se vorbește despre recuperarea copilului cu autism trebuie să avem în vedere faptul că autismul nu se vindecă pur și simplu. Un copil cu autism va deveni un adult care va trebui să învețe să trăiască cu autismul, iar familia acestuia trebuie să fie pregătită din timp pentru a se putea descurca cu eventualele probleme care vor apărea când copilul va crește. Prin terapie se poate recupera enorm de mult din deficite, dar anumite trăsături și caracteristici ale autismului rămân, indiferent de cât de mult își dorese părinții ca acestea să dispară.

Tratamentul autismului are două mari componente: una medicamentoasă, pentru tratarea simptomelor autismului și un proces de învățare pentru recuperarea deficitului de cunoaștere prezent în toate ariile: cognitiv, autoservire, motor, limbaj-comunicare, socializare, joc și, nu în ultimul rând, afectiv-emoționale.

Copilul autist supraviețuiește în mediu, controlând cu greu evenimentele, adaptându-se cu greu, agățându-se cum poate de senzațiile care îi oferă o oarecare siguranță, senzații devenite cu timpul stereotipe. Acesta folosește stereotipiile pentru a umple câmpul conștiinței și a reduce informația deranjantă, nedorită.

Copilul autist pare a nu putea utiliza partenerul uman (privire, față, atitudini, expresii mimice, intonații ale vocii) pentru a se orienta. El se dezvoltă primind din plin ceea ce-i atinge și stimulează canalele senzoriale fără o schemă de filtrare, reacționează total sau deloc la aceste senzații care, nemodulate, sunt extreme, este agresat de stimuli pe care nu știe să-i organizeze și, cel mai adesea, oscilează între o inhibiție totală și o deschidere totală.

BCU "LUCIAN BLAGA" UNIVERSITY LIBRARY

Stereotipiile de care se agață copilul autist duc la apariția acelor balansări înainte și înapoi îndată ce învață să stea în patru labe, la seriile interminabile de sărituri pe saltea sau la mișcările de rotație în jurul propriei axe, amețitoare ca un drog. Aceste autostimulări au puterea de a-l ocupa spiritual, de a diminua activitatea cerebrală și de a evita supraîncărcarea.

Filtrajul nu se face urmând filtrajele sociale: figurile și formele sunt extrase urmându-se parametrii perceptivi și nu criteriile vieții sociale. Sunetele apar triate, filtrate în funcție de caracteristicile fonetice sau ritmice și nu în funcție de semnificație. Dificultatea de a simplifica mediul înconjurător prin sisteme, forme, scheme, scenarii, categorii se regăsește în incapacitatea de a segmenta informația în unități cu sens. Aceasta este originea unor viitoare tulburări ale comprehensiunii, ale limbajului, în special repetarea cuvintelor ca un ecou - ecolalia.

S-a constatat că, departe de a fi inteligenți, copiii autiști prezintă, în marea lor majoritate, tulburări severe de învățare, coeficient scăzut de inteligență (în condițiile atitudinii refractare a acestora față de probele psihologice și a incertitudinii privitoare la cotarea reacțiilor lor acționale sau verbale). Inteligența lor este rigidă imediat ce depășește sfera pasiunilor. Talentele lor excepționale apar acolo unde nu este necesară speculația, plecând de la punctul de vedere al altuia.

Așa cum amintește E. Schoper (1991), autiștii supradotați sunt mai numeroși în lucrările științifice decât în realitate. De fapt, chiar cei mai dotați prezintă o formă de inteligență care nu le permite sesizarea subtilităților socialului sau ale limbajului verbal în timpul unei conversații. Regulile jocului social le sunt aproape inaccesibile și ei trebuie să depună eforturi considerabile pentru a-și regla distanța, postura, mimica, timbrul vocii, pentru a ști cum să se apropie de un grup.

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

PARTEA A II-A

METODE ŞI TEHNICI DE INTERVENŢIE ŞI RECUPERARE ÎN ABORDAREA ŞI TERAPIA AUTISMULUI

1.1. Analiza comportamentală aplicată (ABA)

„Dacă un copil nu poate învăţa în felul în care îi predăm, atunci trebuie să îi predăm în felul în care el poate învăţa". (Ivar Lovaas)

Terapia ABA - Applied Behavior Analysis (Analiza Comportamentului Aplicată) este o terapie comportamentală concepută de către dr. O. Ivar Lovaas, în urma studiilor pe copii şi adolescenţi care sufereau de autism.

Terapia comportamentală reprezintă un ansamblu de „tehnici bazate pe teoriile învăţării şi pe descoperirile psihopatologiei cognitive" (Ion Dafinoiu, Jeno-Laszlo Vargha, 2005).

Sittingul este un termen împrumutat din limba engleză care reprezintă acel interval temporal în care se desfăşoară lecţia din cadrul terapiei şi care se situează între pauze scurte de joacă; în cadrul unui sitting se oferă comenzi şi se acordă întăritori, recompense, iar comenzile se dau aparţinând numai unui singur program (nu se amestecă programele în cadrul aceluiaşi sitting decât în situaţii excepţionale, cu scopul de a acorda prompt, ajutor).

Promptul este acel ajutor acordat de către terapeut sau de către asistentul acestuia (dacă este cazul), cu scopul de a-l învăţa pe subiect modul în care trebuie să răspundă la comanda asta, sau în care să îndeplinească sarcina.

Chaining-ul este un termen împrumutat din limba engleză şi se referă la înlănţuire; reprezintă acea tehnică folosită în cazul unor programe ABA prin care se secvenţializează o sarcină mai lungă, se desparte în mai multe componente pentru a putea fi îndeplinită.

Shapeing-ul, termen împrumutat din limba engleză, tradus prin formare, modelare, reprezintă acea tehnică folosită în cazul programelor ABA şi în abordarea autiştilor, în general, prin care se acceptă şi se recompensează cea mai bună formă de răspuns pe care subiectul o poate acorda în momentul respectiv şi prin care se va încerca în permanenţă să se obţină un răspuns din ce în ce mai bun.

Tutore este persoana care aplică terapia ABA şi se ocupă şi cu îngrijirea şi supravegherea copilului autist pe parcursul acesteia.

Shadow, termen împrumutat din limba engleză, se traduce prin umbra, persoană specializată care însoţeşte copilul autist la grădiniţă sau la şcoală în vederea adaptării acestuia. Programul este foarte strict, iar copilul este în activitate o mare parte din zi, uneori până la 8 ore. Deşi metoda seamănă uneori cu un dresaj

BCU TRANSILVANIA UNIVERSITY LIBRARY

pur și simplu, pentru a-l face pe copil să învețe anumite comportamente, se pare că este singura metodă care dă și rezultate. Acestea sunt și principalele motive pentru care metoda a fost aspru criticată: programul prea strict și faptul că imită dresajul.

Metoda este într-adevăr controversată, programul este strict însă copiii autiști au nevoie de o activitate strictă, de predictibilitate, de o anumită rutină, cel puțin într-o primă fază, pentru a învăța comportamentele de bază.

Terapia ABA se referă la analiza autismului strict din punct de vedere comportamental, este o abordare care se bazează în principiu și pe factorul practic în care, de fapt, autismul este diagnosticat doar pe baza observațiilor de comportament fără o altă cauză biologică.

În cadrul terapiei se începe prin a-l învăța pe copil să se așeze corect și să înțeleagă consemnul „Așează-te". Urmează lucrul pe privire, sarcina copilului fiind de a-l privi în ochi pe educator sau terapeut la consemnul „Uită-te la mine!". Când privirea este captată, se crește progresiv durata acestui act, astfel încât atunci când aceasta atinge trei secunde se cere copilului să imite gesturi la consemnul „Fă... așa" (se începe cu gesturi, apoi cu mișcări ale gurii și, în final, imitarea de sunete și cuvinte).

Un obiectiv important urmărit este menținerea achizițiilor învățate în toate situațiile cotidiene (privire, gesturi). Atunci când este posibil pentru copil, este învățat să realizeze gesturi cu semnificație socială. Limbajul se învață și se stimulează utilizarea lui, urmând același principiu: copilul învață să spună un cuvânt, să recunoască sensul și să-l utilizeze pentru a comunica.

Metoda ABA își propune să modifice comportamentul autist al copilului în mod sistematic și intensiv. Obiectivele programului sunt clar formulate, împărțite în sarcini mici, detaliate și explicate copilului pas cu pas.

Metoda utilizează tehnica „răspunsurilor pivot" („pivotal responses") care se bazează pe achiziția unor capacități de bază, necesare învățării și care permit ulterior dezvoltarea „în cascadă" a altor capacități ca limbajul, relațiile sociale etc.

Teoriile tradiționale despre persoanele care suferă de autism postulează că acestea ar avea ceva în comun, care le diferențiază de celelalte grupuri de persoane. Acest punct de vedere dă însă naștere unei serii de întrebări.

Mai întâi, deși persoanele cu autism par la început a fi un grup destul de omogen, la o privire mai atentă descoperim că există o gamă largă de diferențe individuale, care pun la îndoială faptul că aceste persoane ar avea ceva în comun. De exemplu, înainte de tratament, autiștii se pot înscrie într-o limită normală a coeficientului de inteligență și a stăpânirii limbajului, sau la fel de bine într-un interval de retardare profundă a funcționării intelectuale („American Psychiatric Association", 1987).

Unii autiști încep tratamentul având capacitatea de a imita vorbirea altora, unii asimilează limbajul foarte rapid după începerea tratamentului, unii îl asimilează foarte încet, iar câțiva nu reușesc să imite vorbirea altora și să realizeze comunicarea auditivă, nici după o pregătire de durată. Acestui grup trebuie să i se

BCU CLUJ / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

predea forme de comunicare vizuală, cum ar fi scrierea și citirea sau Sistemul de Comunicare prin Schimb de Imagini (PECS).

Terapiile aplicate cu succes pe autiști sunt cele comportamentale și sunt similare deoarece lucrul cu persoanele cu autism pretinde respectarea mai multor reguli mulate pe specificul tabloului clinic, cum ar fi:

- limbajul simplu, concentrat și folosit mereu la fel de către toate persoanele care interacționează cu autistul;
- nu trebuie folosite cuvinte sau propoziții cu sens figurat, metaforic;
- comunicarea pe mai multe căi senzoriale în același timp, astfel încât mesajul să fie cât mai clar, ușor de înțeles și să dureze cât mai mult timp;
- adresarea cu persoana autistă trebuie să se facă cu un mod ferm, dar nu țipăt și nu dur, în ideea că aceasta va avea tendința de a nu lua în seamă alt mod de adresare din cauză că se refugiază în lumea sa;
- învățarea, programele terapeutice și ritmul aplicării lor se vor stabili în funcție de mai mulți factori: capacitatea intelectuală a subiectului, vârsta acestuia, sincronizarea stimulării de către personalul terapeutic cu anturajul, familia subiectului și invers;
- respectarea întocmai a unui program strict pentru a ordona și disciplina subiectul;
- metodele folosite în terapiile specifice pentru autiști (care pot fi aplicate cu succes în orice caz de retard, însă nu și invers) sunt pe principiul învățării pe bază de întăritori pozitivi negativi, deoarece nu există inițial alt mod de a ne face înțeleși de către aceștia, comunicarea fiind aproape imposibilă;
- se acordă ajutoruri, prompt-uri sistematice care să ajute autistul să îndeplinească sarcina dată, cerută pentru ca el să înțeleagă ce anume și cum trebuie să facă;
- se urmărese toate dimensiunile, dar se accentuează acelea care în urma evaluărilor periodice ies ca fiind cele mai deficitare și acelea impuse de vârsta cronologică a subiectului;
- nu se folosese materiale încărcate pentru a nu conduce autistul pe o cale greșită, el putând interpreta eronat mesajul.

Unele din diferențele majore între metoda Teacch și terapia ABA constau în faptul că ultima este mult stimulativă, mai intensivă decât cealaltă, iar generalizarea abilităților, itemilor învățați se face cu mult mai mult și mai sistematic.

Toate sistemele vii sunt variate, iar variația este esențială pentru supraviețuirea fizică, precum și pentru crearea de noi direcții în știință și artă.

O societate care restrânge variabilitatea este dezavantajată în perspectivă pentru că nu dispune de variabilitatea și flexibilitatea necesare pentru adaptarea la noi medii care cer noi comportamente într-un viitor pe care noi nu putem să-l prezicăm.

BCU "IOAN SLAVICI" TIMIȘOARA UNIVERSITY LIBRARY

Am ajuns să privim persoanele atipice aparținând acestui continuum al variabilității ca diferite în grad și nu în calitate. Omul poate trăi cu această variabilitate, nu numai pentru că ea contribuie la supraviețuirea în mediile viitoare diferite, dar și pentru că ne permite să rămânem așa cum suntem. Aceia care diferă reprezintă protecția noastră într-un viitor incert. De aceea trebuie să-i admirăm și să-i apreciem.

Încurajarea variabilității ridică probleme despre modul de tratare a persoanelor atipice. Să ne gândim la Van Gogh, care a influențat întreaga cultură mondială. Lipsa lui de abilități sociale este binecunoscută, astăzi ar fi fost definit ca autist sau poate schizofrenic. Ce soarta tristă am fi avut dacă l-am fi „tratat"! Un tratament de asimilare a abilităților sociale în cazul lui Van Gogh ar fi dus la centrarea lui pe recompense, deci ar fi petrecut mai mult timp cu prietenii și iubitele și ar fi pictat mai puțin.

La fel stau lucrurile și cu mulți alți artiști și oameni de știință renumiți. Einstein, de exemplu, era izolat social. De ce atunci să tratăm persoanele izolate social? Pentru că fără un repertoriu comportamental mai bogat, ele nu ar putea să trăiască independent. Persoanele cu repertoriu comportamental variat au mai multe opțiuni și vor supraviețui mai lesne.

Modelul de aplicare a Analizei Comportamentale Aplicate a UCLA este o intervenție intensivă pentru copiii cu autism care implică patruzeci de ore pe săptămână de terapie unu la unu.

Există câteva elemente care sunt cruciale în acest proces:

- predarea unu la unu;
- învățarea sistematică a abilităților;
- programul acoperă un curriculum comprehensiv;
- intervenția terapeutică are loc acasă, de obicei;
- are loc implicarea părinților;
- fiecare copil are parte de 40 de ore de tratament săptămânal.

Fiecare copil are, de obicei, între trei și cinci tutori care lucrează cu el unu la unu. Aceștia sunt responsabili cu învățarea zilnică a copilului. De asemenea, unul sau doi dintre ei vor însoți pacientul la grădiniță sau școală când acesta va începe.

În afară de tutorii care aplică terapia, există și un consultant care are ani de experiență în aplicarea terapiei ABA și care este responsabil cu dezvoltarea curriculumului copilului, inclusiv integrarea în instituții și conduce „workshop-ul" la domiciliul copilului cu o frecvență de minim o zi la fiecare șase săptămâni.

Terapia ABA în traducere înseamnă „Analiza Comportamentală Aplicată" și se referă la analiza autismului strict din punct de vedere comportamental. Este o abordare care se bazează în principiu și pe factorul practic, în care autismul este, în fapt, o afecțiune diagnosticată doar pe baza observațiilor de comportament, fără o altă cauză biologică.

Din acest punct de vedere, comportamentele autiste se împart în două mari categorii:

- Comportamente în exces (autostimulare, automutilare, agresivitate, hiperkinetism, comportamente obsesive sau așa-numitele stereotipii, ecolalie).
- Comportamente deficitare (limbaj, abilități sociale, abilități de joacă, abilități academice și abstractizări, abilități de auto-ajutor și autoservire).

Scopul terapiei este de a descreşte comportamentele obsesive şi de a creşte şi modela comportamentele deficitare.

Terapia ABA are două secțiuni și trei etape:

1. Secțiunile se referă la metodele de învățare reprezentând:
- secțiunea care se referă la programele curente în care copilul este învățat pur și simplu niște lucruri - itemi (în cea mai mare parte aproape mecanic);
- secțiunea de generalizare, în care aceste lucruri învățate se transpun în viața de zi cu zi și care devin parte a sistemului său de valori;

2. Etapele se referă la modul cum se pune în practică terapia și sunt următoarele:
- etapa de pretratament, care presupune o schimbare a comportamentului față de copil a familiei și mediului înconjurător, și care nu reprezintă în fapt decât o ajustare comportamentală a copilului și de preluare a controlului asupra comportamentelor acestuia. În general, această etapă este făcută de către părinți în mediul familial și se referă exclusiv la motivarea copilului să își dezvolte anumite abilități și comportamente și descurajarea lui în a menține alte comportamente negative.
- etapa de terapie în sine, care are o serie de programe și înseamnă, în fapt, învățarea copilului o multitudine de cunoștințe și dezvoltarea tuturor comportamentelor deficitare, precum și trecerea acestora în generalizare, astfel încât copilul să poată folosi la modul concret ceea ce învață în programele curente.
- ultima etapă o reprezintă socializarea și încercarea de integrare în comunitate și în școală a copilului. În general, această etapă apare după o anumită perioadă de terapie (șase luni - doi ani), perioadă în care copilul a căpătat destule abilități de viață, sociale și de limbaj, astfel încât în momentul în care este integrat într-o grădiniță, școală să aibă cât mai puține frustrări legate de imposibilitatea lui de a se alinia cu ceilalți copii. În această etapă, copilul se duce la grădiniță, școală câteva ore pe zi însoțit de un „shadow" („o umbră" - un terapeut special pregătit), care îl ajută să se integreze în comunitate iar, în paralel, acasă se continuă atât programele curente din terapie cât și generalizarea cunoștințelor deja învățate.

În intervențiile comportamentale există trei modele de învățare care pot fi identificate: condiționarea simplă; condiționarea operațională; învățarea prin observație.

BCU IASI - CENTRUL UNIVERSITAR LIBRARY

Relația dintre comportamente și mediul înconjurător este descrisă de principiile condiționării operaționale care are trei componente:

- antecedentele, care reprezintă un lucru care s-a întâmplat înainte să apară un anumit comportament la un individ și care îi declanșează acestuia comportamentul respectiv;
- comportamentul în sine pe care un individ îl are ca răspuns la antecedent;
- consecința, care reprezintă urmarea pe care respectivul comportament al unui individ îl declanșează ulterior.

Astfel, fiecare consecință are un efect asupra unui viitor antecedent, adică dacă telefonul sună și nimeni nu răspunde la capătul celălalt al firului, după câteva încercări, cel mai probabil se va ignora telefonul data viitoare când va suna. În mod uzual, acesta este tipicul după care ne conducem viața și, de asemenea, este modelul de învățare din mediu. La modul practic și copiii (autiști sau nu) învață după același pattern. Singura diferență relevantă este aceea că în cazul copiilor normali consecințele pozitive pot fi și consecințe pur sociale, care pe ei îi bucură, pe când, în cazul copiilor autiști, consecințele (întăritorii) pozitive sociale, cel puțin în prima fază, nu înseamnă nimic și nu reprezintă o consecință neapărat pozitivă, pentru că ei nu înțeleg ca atare.

Pentru a folosi această succesiune în modul de învățare a unui copil autist, s-a apelat la o tehnică care se numește „discrete trial" (DT). DT este, la modul concret, unitatea de învățare care utilizează teoria condiționării operaționale. Această metodă de învățare este foarte des utilizată în cazurile copiilor cu autism și alte dizabilități de învățare.

DT relaționează direct cu condițiile de operare descrise mai sus și se compune din:

SD (cerința) - răspunsul (comportamentul) - consecința (încurajarea sau premiul sau dezaprobarea, care înseamnă consecința negativă sau așa-numitele aversive).

Prin prisma ultimelor adaosuri la terapii, așa-numitele aversive tind să fie folosite din ce în ce mai puțin, urmărindu-se renunțarea la ele aproape în totalitate, dar sunt momente în care anumite doze de aversive sunt foarte eficiente.

Utilizând modelul DT de învățare, vor fi posibile următoarele:

- comportamentele pot fi schimbate și manipulate lucrând într-un mod sistematic;
- copilului îi poate fi foarte clar ceea ce se urmărește și ceea ce se așteaptă de la el, astfel încât frustrarea și momentele de derută vor fi din ce în ce mai rare;
- consistența și direcția tuturor celor care intră în contact cu copilul și au valențe de profesori pentru acesta poate fi aranjată astfel încât să fie aceeași pentru toți și, astfel, copilul să beneficieze cât mai mult;
- colectarea de date, astfel încât se poate ține evidența a ceea ce face și care sunt evoluțiile copilului;
- progresele copilului sunt simplu de urmărit și, de asemenea, carențele unde trebuie mai mult lucrat ies în evidență.

BCU IAȘI CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Componentele „discrete trial"

1. SD (discriminative stimulus) sau cerința - reprezintă instrucțiunea sau întrebarea adresată copilului (de exemplu „Ce este?"); este semnalul adresat copilului că un răspuns este așteptat și că premiul sau întăritorul este disponibil; trebuie dat cu voce mai fermă, cu o tonalitate mai înaltă și mai autoritar decât vorbirea în mod uzual. Nu trebuie adăugate alte cuvinte în momentul în care se dă SD-ul. Tendința oricărui profesor (mai ales în cazul copiilor normali) va fi să adauge în fața SD-ului și numele copilului, sau cuvinte de genul „te rog" etc. Pentru un copil autist, SD-urile puțin schimbate sunt total diferite între ele, iar schimbarea formei cerinței se va face în etapa de generalizare. Un SD nu trebuie niciodată repetat până ce „discrete trial"-ul nu s-a încheiat. Acest lucru înseamnă că cerința nu va fi repetată de mai multe ori în speranța că la un moment dat copilul va fi atent la noi și va răspunde la o întrebare sau va executa o cerință pe care i-am repetat-o de, să spunem, zece ori; ceea ce se urmărește este ca răspunsul copilului să vină încă de la prima cerință (ex. SD: „Ce este?" - răspuns: copilul tace, consecința: „Nu!", după care repet SD-ul); SD-ul trebuie stabilit dinainte și orice părinte sau terapeut trebuie să folosească identic același SD pentru aceeași sarcină (bineînțeles cu excepția generalizării, unde copilul învață că mai multe SD-uri înseamnă același lucru, iar el va găsi elementul comun).

2. Răspunsul, acțiunea sau comportamentul copilului este feedback-ul așteptat de la copil ca răspuns la SD, și trebuie întotdeauna să fie precedat de SD și întotdeauna urmat de o consecință. Răspunsul corect la un SD este stabilit dinainte de către cei care formează echipa de terapie a copilului (întotdeauna și familia copilului). Astfel, se va accepta ca răspuns corect acela pe care echipa consideră că subiectul îl poate da. Copilul are la dispoziție până în 6-8 secunde ca să răspundă. Dacă răspunsul nu s-a încadrat în acest interval, nu se va lua în considerare ca fiind corect și se va închide DT-ul (discrete trial) și se va repeta SD-ul. Nu trebuie aprobat niciun alt comportament în timpul în care trebuie dat răspunsul (de exemplu: comportamentele isterice sau autostimulatoare care, chiar dacă sunt însoțite de un răspuns corect, acesta nu va fi acceptat).

3. Reinforcing stimulus (consecința pozitivă) reprezintă întăritorul pozitiv care se va aplica copilului atunci când acesta va da un răspuns corect și poate fi un premiu de orice fel. În cele mai multe cazuri, la copiii autiști este foarte greu, mai ales la început, de asociat un premiu social ca o consecință pozitivă și atunci se recurge la un premiu material (mâncare sau băutură nonalcoolică - suc) sau premiu fizic (gâdilături, joacă sau orice îi face plăcere copilului). Întăritorul pozitiv material poate fi compus din o bomboană tie-tac tăiată în patru sau opt bucăți, un chips rupt în „n" bucăți etc. Reinforcement-ul este un lucru extrem de important deoarece este „motorul" și motivația copilului de a învăța lucruri noi, mai ales în stadiile de început ale programului, atunci când el nu este motivat prin însăși dorința de a învăța lucruri noi.

Ulterior, copilul se automotivează prin lucrurile pe care le învață și, de asemenea, devine din ce în ce mai dornic, inclusiv de consecințe pozitive sociale

(de ex: de a fi aplaudat, de a i se spune „bravo", de a i se zâmbi, de a se juca cu cineva sau a fi luat în seamă). Reinforcement-ul urmează imediat după un răspuns corect. Nu trebuie să existe nicio întârziere în a oferi copilului premiul, mai ales în fazele incipiente ale programului. Astfel, aceste premii vor avea ca și consecință imediată întărirea unui anumit comportament și copilul va fi încurajat să răspundă cât mai corect și, de asemenea, un anumit comportament de dorit pozitiv va fi astfel încurajat să apară cât mai des. Este la fel de important ca un premiu stabilit pentru lecții sau din cadrul programului, în general, să nu fie folosit decât în cadrul unui „discrite trial" pentru a menține motivarea cât mai mare pentru premiul respectiv și a nu crea artificial o „saţietate" pentru un anumit premiu. La fel, este foarte important a avea în minte faptul că fiecare copil este diferit și că reiforcement-urile sau premiile nu sunt aceleași la fiecare copil; ceea ce îi place fiecărui copil în parte trebuie stabilit în funcție de fiecare situație particulară și de preferințele fiecăruia. Ceea ce mai trebuie luat în considerare în cazul întăritorului pozitiv este că trebuie găsite premii astfel încât să fie simplu de administrat, și care să fie destul de rapide (să se termine repede), astfel încât timpul dintre momentul în care este dat premiul și următorul SD să nu depășească 8-10 secunde maximum.

De fiecare dată când este oferit un întăritor material sau fizic trebuie oferit și un întăritor verbal, social (de ex: „bravo", „foarte bine", sau orice alteeva de acest gen), astfel încât la un moment dat copilul să asocieze orice „bravo", sau alte premii sau aprecieri sociale, cu mândria de a fi făcut un lucru bun. Acest lucru este necesar din mai multe motivații, printre care: în viața reală nimeni nu îi va oferi un premiu material pentru un răspuns corect, dar totuși, el va trebui să știe când a răspuns corect; o a doua motivație este că pe măsură ce programul se derulează se va renunța treptat la reinforcement-urile materiale și se vor accentua cele sociale.

Un amănunt important este faptul că reinforcement-ul verbal trebuie spus cu o altă tonalitate decât cea folosită la SD, astfel încât copilul să facă diferența; la reinforcement-ul verbal se va folosi o tonalitate teatrală și o voce extrem de fericită și înaltă. Reinforcement-ul material nu trebuie dat în cantități mari, pentru că, deși o bucată mai mare poate crea o satisfacție mai mare a copilului, pericolul de saţietate pentru premiul respectiv și pierderea motivației sunt aproape certe. Din aceeași cauză a motivației, reinforcement-urile trebuie să nu fie de un singur fel, astfel încât pe parcursul zilei să se folosească în mod preferențial (de către copil) cel puțin 4-5 feluri de premii (ex. tic-tac, chipsuri, napolitane, sticksuri, sue, gâdilături, o carte cu imagini etc).

Terapia începe cu o perioadă de câteva săptămâni de pretratament în care nu există un program concret de lucru, nu există sitting-uri (lecție fără întrerupere, situată între pauze) și aproape totul este la „liber". Ideea pretratamentului este aceea de a-l învăța pe copil că există consecințe plăcute și mai puțin plăcute și de a prelua controlul asupra lui (de a-l face pe copil să înțeleagă că are obligația de a da un răspuns la fiecare SD dat, și în funcție de acesta va primi un întăritor - este o

disciplinare rutinieră la care copilul cedează mai repede sau mai uşor, în funcţie de personalitatea fiecăruia).

Cu siguranţă cei mai importanţi oameni din cadrul pretratamentului sunt părinţii şi familia copilului, deoarece ei sunt cei care trebuie să îşi modifice complet comportamentul lor faţă de copil. După un timp scurt de la schimbarea atitudinii, copiii vor reacţiona la aceasta şi îşi vor adapta şi ei comportamentul. Expresia „a prelua controlul" asupra copilului poate părea dură, iar unii părinţi vor avea tendinţa de a spune că deja copilul lor face acele lucruri, dar poate că nu îl va face decât uneori şi doar atunci când va dori. Target-ul este ca şi copilul să „execute" imediat ce i s-a dat o comandă, iar acesta nu este „dresaj", ci un lucru necesar (chiar dacă ambele au la bază aceleaşi principii de învăţare).

Învăţarea în prima fază, aşa cum am mai precizat, este mecanică, după principiul întăririi comportamentelor. Atât părinţii, cât şi terapeuţii care au lucrat mai mult timp cu acelaşi subiect ajung la un moment dat să intuiască dorinţele şi nevoile copilului, doar din câteva semne şi, deci, îi pot oferi copilului ce îşi doreşte, fără ca acesta să mai fie nevoit să comunice şi, în consecinţă, se evită frustrarea care provine din neobţinerea lucrului dorit. Însă, aceasta nu este o soluţie pentru că se doreşte obţinerea independenţei subiectului, în vederea unei vieţi viitoare într-un regim normal.

Acest lucru nu se poate obţine decât exploatând nevoile şi orice lucru dorit, pentru care copilul nevoit de circumstanţe se vede în situaţia de a face un efort suplimentar pentru satisfacţie. În acest fel copilul este stimulat să înveţe, obligat să acorde atenţie mediului şi să treacă treptat peste barierele autiste. Părintele este tentat, de cele mai multe ori, să ajute copilul de fiecare dată, obturând o cale de comunicare care poate fi deschisă dintr-o motivaţie mare (de exemplu: atunci când copilului îi este foarte sete şi, implicit, receptiv la mediu dintr-o cauză obiectivă, va încerca pe căi diferite să îşi satisfacă nevoia, fiind dispus să încerce o verbalizare sau să execute o comandă pentru aceasta). Dacă va obţine cu uşurinţă tot ceea ce îşi va dori, atunci nu va depune nici un efort şi, deci, va stagna sau involua.

În preterapie tot comportamentul faţă de copil trebuie să fie unul în care să se ceară în permanenţă ceva în schimbul ajutorului dat. De exemplu: copilul vine şi îşi ia de mână mama şi o duce la chiuvetă să îi dea apă, în schimb mama îi cere să spună cuvântul „apă", ajutându-l pentru aceasta, sau să îi dea un obiect de pe masă, ajutându-l fizic să îl dea. După ce a executat comanda, i se dă un pic de apă, iar schimbul continuă de încă 3-4 ori, a cincea oară cerându-i să execute fără ajutor; dacă acesta răspunde cu un comportament pozitiv primeşte apă, dacă nu, nu o va primi.

Părintele trebuie să fie pregătit şi să reacţioneze obiectiv la protestele şi ţipetele copilului, care nu va primi apă, sau din cauza revoltei în a fi controlat, dominat. Nu trebuie să se cedeze, indiferent de reacţia copilului sau de durata ei, lipsa de consecvenţă în comportamentul părintelui având repercusiuni asupra răspunsului aşteptat.

Generalizarea

Termenul de generalizare a fost investit foarte ușor pentru a sugera schimbările de comportament adaptate la alte condiții decât cele din cadrul terapiei. Deși generalizarea poate include o varietate de fenomene, pe lângă schimbările lor de comportament care duc la situații, perioade sau peisaje altele decât cele în care programul comportamental s-a desfășurat (Alan E. Kazdi, 1994 - „Behaviour Modification in Applied Settings").

Generalizarea este o parte deosebit de importantă a învățării unui program ABA de către un copil. Acesta este momentul în care abilitățile învățate devin funcționale și pot fi folosite în situațiile din viața de zi cu zi. Copiii cu autism pot avea mari probleme în generalizarea abilităților și a obiectelor învățate. Tocmai de aceea, este esențial să o tratăm ca pe orice alt comportament și să învățăm copilul cum să o facă. Când un program este masterat, învățat este transferat în dosarul de generalizare. Atunci se continuă lucrul la programul respectiv, dar scopul va fi acela de a învăța elemente individuale ale generalizării. Unii copii vor generaliza anumite elemente fără a avea nevoie să fie învățați, alții ar putea avea nevoie să fie învățați sistematic fiecare element al generalizării.

Oricum, este importantă testarea abilității copilului de a traversa itemii masterați. Locația, un program masterat este trecut sistematic prin locații noi. Mai multe locații sunt scrise în foaia de generalizare, iar apoi fiecare este masterată una câte una. Aceasta ar trebui să includă faptul că stă în picioare sau pe scaun, că stă pe scaun sau pe podea, în camere diferite, locuri în comunitate, etc - prin situații de generalizare.

Stimulii sau materialele folosite pentru învățarea copilului ar putea fi generalizate în învățarea inițială. Aceasta trebuie continuată; copilul ar putea avea nevoie să lucreze cu materiale noi pas cu pas, introducând un set nou la un moment dat, după care randomizând (rotind) seturile și apoi combinându-le. De exemplu, dacă un copil a învățat să identifice o varietate de stimuli pentru forme, dar acestea au fost mai ales pe cartonașe, apoi în generalizare copilul trebuie să identifice o formă dintre mai multe pe un cartonaș, apoi din linii desenate în diferite forme colorate pe interior, apoi formele din pagina unei cărți, apoi forme ale unor obiecte din cărți (să știe că o minge este un cerc), apoi forme ale obiectelor tridimensionale (o carte este un dreptunghi).

SD-ul, limbajul cu care a fost obișnuit copilul în timpul programului curent, poate fi foarte specific. De exemplu, când se învață întrebările sociale, copilul este învățat să răspundă la: „cum te cheamă?", dar nu poate înțelege „cum te numești?", sau „care este numele tău?". În generalizare este învățat sistematic să răspundă la limbajul alternativ pentru aceeași întrebare. Inițial, va fi foarte similar cu SD-ul original, de exemplu: „spune-mi cum te cheamă?", deoarece uneori chiar și schimbări minore sunt greu de înțeles de către copil. Alte elemente ale SD-ului trebuie, de asemenea, luate una câte una, cum ar fi tonul, intonația, intensitatea limbajului. Răspunsul, uneori copilul va avea nevoie să învețe să dea răspunsuri diferite adecvate situațiilor. Ei trebuie să decidă care răspuns este mai

potrivit pentru acea situație. De exemplu: copilul s-ar putea să fi fost învățat ca răspuns la SD-ul „Poți să-ți găsești pantofii?" își ating pantofii care sunt pe masă în fața lor. Dacă părintele spune „Poți să-ți găsești pantofii?" când sunt pe cale să iasă din casă, copilul va trebui să își ia pantofii, nu doar să îi atingă. Persoana - deși copilul lucrează cu mai multe persoane la programul de terapie și astfel generalizarea persoanelor are loc în timpul învățării, aceste persoane sunt cunoscute de către copil. Astfel trebuie să aibă loc o generalizare sistematică a persoanelor. Aceasta ar trebui să înceapă cu adulții cunoscuți care nu lucrează cu copilul. Următorii adulți sunt cei care intră în casă, și pe care părinții îi roagă să îi dea copilului un SD.

După aceea urmează copiii cu care intră în contact copilul autist. În sfârșit, copilul trebuie să răspundă altor copii pe care îi vede mai rar (la acest punct este bine să ne asigurăm că acesta a masterat locația, stimulul și SD-ul). Premiul, generalizarea premiului, întăritorului are multe elemente. Când copilul începe să învețe o abilitate nouă este nevoie de o frecvență mare a întăritorului, pentru a crește șansele ca aceasta să se întâmple. Astfel, abilitățile sunt însoțite de întăritor de fiecare dată când se întâmplă. Dacă copilul reușește să transfere cu succes abilitatea în mediul natural, frecvența și tipul întăritorului pe care copilul o primește trebuie slăbite. De exemplu, dacă copilul este învățat cum să inițieze o conversație simplă, va fi recompensat pentru fiecare răspuns pe care îl dă. Astfel, terapeutul spune: „Filmul meu favorit este Toy Story II" și copilul spune: „Filmul meu favorit este Alladin", apoi cel mai probabil va fi recompensat cu mâncare deși, într-o situație normală cu un alt copil, acesta nu va primi premiul pentru o afirmație reciprocă. Frecvența întăritorului trebuie să se rărească treptat pentru că un comportament întărit continuu se va extinde rapid, odată ce întăritorul va fi înlăturat.

1.2. Metoda PECS („Picture Exchange Communication System")

Sistemul de comunicare vizuală prin intermediul pictogramelor (PECS) este un sistem care promovează însușirea abilităților de comunicare, independent de utilizarea limbajului verbal.

Metoda PECS începe prin a învăța copilul să facă schimb cu o singură pictogramă pentru a obține un anumit lucru dorit, ajungând până la însușirea unor structuri de comunicare mai complexe. Acesta atinge și funcții adiționale ale comunicării.

Deși metoda PECS a fost elaborată special pentru copiii cu autism, ea poate fi utilizată și în cazul altor persoane cu o plajă largă de deficiențe în comunicare.

Etapele însușirii sistemului PECS sunt următoarele:

1. inițierea cerințelor;
2. încurajarea și extinderea folosirii spontane a cerințelor;
3. discriminarea simbolurilor;

BCU "ION CREANGĂ" LIBRARY

4. folosirea structurii frazeologice pentru cerințe;
5. folosirea atributelor în cadrul cerințelor;
6. stimularea răspunsului la întrebarea „Ce vrei?";
7. comentarea spontană.

Modul de lucru necesită o carte de comunicare, care are mărimea unei coli de hârtie A4 și este confecționată din plastic, și de simboluri de comunicare care să redea cât mai exact obiectul pe care îl reprezintă.

Simbolurile pot fi desene ale obiectelor, acțiunilor sau chiar fotografii ale acestora. Primele simboluri care vor fi introduse trebuie să fie legate de preferințele alimentare sau jucăriile preferate ale copilului.

În această fază este nevoie de doi adulți (terapeuții), care vor sta așezați unul în fața copilului având obiectul preferat, dar și simbolul și unul în spatele copilului (promptul fizic).

Sistemul de comunicare prin schimb de imagini cuprinde șase faze:

a) Faza I

În prima etapă de implementare a sistemului ne folosim de nevoile și dorințele individului. Pentru a încuraja folosirea spontană a metodei, în această fază critică nu se folosesc instrucțiuni verbale.

Astfel, persoanele care folosesc sistemul PECS învață prima dată să inițieze intenția de a comunica liber cu cineva, în loc să aștepte promptarea din partea partenerului de interacțiune.

Obiectul îndrăgit este prezentat copilului, iar imaginea lui este așezată pe masă, între el și obiectul respectiv. Adultul așezat în spatele copilului ia mâna acestuia și ridică împreună cu el imaginea apoi o pune în palma deschisă a celuilalt adult.

Exact în momentul în care imaginea atinge mâna adultului din fața copilului, acesta îl recompensează spunând: „vrei mingea/bomboana?" - obiectul din imagine, și îi dă obiectul în acel moment.

Copilul este lăsat să se joace câteva secunde cu obiectul respectiv, după care se repetă această operație de cinci ori. Dacă copilul nu apucă obiectul, trebuie verificat dacă acesta este unul dintre obiectele preferate ale copilului.

Recompensele verbale vor fi oferite chiar în momentul în care imaginea este pusă în palma deschisă a adultului, simultan cu oferirea obiectului. Treptat se reduce implicarea adultului din spatele copilului, începând cu ultima etapă (ajutorul la eliberarea imaginii în palma deschisă).

Adultul așezat în fața copilului arată palma deschisă ori de câte ori copilul alege un obiect sau o imagine. Aceste operații se repetă până când copilul ridică imaginea, o întinde și o eliberează în palma deschisă a adultului.

b) Faza a II-a

Se atașează o imagine a unui obiect preferat pe tabla de comunicare, copilul și un adult stând la masa de lucru. Mâna copilului este ghidată pentru a învăța să desprindă imaginea.

Se pregătesc câteva obiecte preferate și imaginile lor, care se prezintă. I se permite copilului accesul la unul dintre aceste obiecte, cu care este lăsat să se joace 10-15 secunde.

Se pregătește prima încercare prin mutarea obiectului și atașarea imaginii pe placa de comunicare. Copilul va desprinde imaginea, o va întinde și o va elibera în mâna terapeutului. Dacă este nevoie, copilul este ghidat să ofere imaginea.

Se creează cel puțin 30 de situații în care copilul va trebui să ceară obiectele. În timp ce copilul are mâna întinsă către adult, acesta se îndepărtează astfel încât copilul să fie determinat să se ridice în picioare pentru a se putea întinde către adult.

Când imaginea este eliberată în mâna adultului, acesta permite accesul la obiect și îi oferă imediat recompense verbale.

c) Faza a III-a

Se aranjează o situație în care copilul va trebui să ceară ceva. Cu obiectul la vedere, fără comenzi verbale, i se arată tabla de comunicare cu două imagini pe ea - imaginea unui obiect preferat și a unuia indiferent.

Dacă copilul oferă imaginea obiectului preferat, adultul îi oferă obiectul și îl recompensează verbal imediat. Dacă copilul oferă imaginea obiectului indiferent, adultul îi oferă obiectul corespunzător.

Înainte de asta trebuie să fim siguri că își dorește obiectul respectiv. Odată ce copilul face diferența între 2 - 3 obiecte, se verifică corespondența pentru a fi siguri că cere ceea ce dorește.

După ce copilul învață să discrimineze câteva obiecte și înțelege că poate folosi imagini pentru a obține ceea ce dorește, este învățat cât mai multe simboluri.

d) Faza a IV-a

În această fază copilul învață să construiască propoziții cu ajutorul imaginilor. Pe lângă obiectul dorit este nevoie și de un simbol pentru „vreau".

Imaginea „vreau" este staționară. Copilul are propriul lui caiet de comunicare în care va construi propoziții. Imaginea „vreau" este atașată în partea stângă a caietului. Când copilul dorește un obiect, este ajutat să pună imaginea obiectului lângă cea pentru „vreau". Apoi oferă această propoziție partenerului de comunicare, care îi va da ce dorește.

Etapa se încheie când copilul poate în 80% din încercări să fixeze singur imaginea lui „vreau" pe tabla de comunicare apoi și obiectului dorit lângă „vreau", după care să abordeze partenerul de comunicare pentru a obține obiectul, fără ajutor.

Adesea, când copilul începe să folosească imaginile, dacă adultul face o pauză mare între „vreau" și numele obiectului, copilul vocalizează folosind cuvinte proprii.

BCU ASSOCIATIONAL UNIVERSITY LIBRARY

e) Faza a V-a

În această fază copilul începe să ceară spontan și răspunde la întrebarea „ce vrei?". Imaginea „vreau" trebuie să fie accesibilă, la fel ca și diferite alte imagini cu obiecte și activități. Cu obiectul și imaginea „vreau" la vedere, adultul arată simultan spre cartonul „vreau" și întreabă „ce vrei?". Copilul trebuie să potrivească imaginea „vreau" și pe cea a obiectului dorit și să facă schimbul.

Copilul este ajutat să realizeze sarcina și este recompensat ori de câte ori realizează o cerere spontană. Mărindu-se distanța între adresarea întrebării și oferirea ajutorului de către adult, copilul începe să indice spontan ce vrea.

f) Faza a VI-a

Copilul începe să răspundă, nu doar la întrebarea „ce vrei?", dar și la „ce vezi?", „ce ai?", utilizând imaginile corespunzătoare.

Este nevoie, deci, de simbolul lui „am" și al lui „văd", care se introduc la fel ca „vreau".

Faza este considerată învățată când copilul rezolvă aceste sarcini la cererea a cel puțin doi adulți. Aceste întrebări se pun de cât mai multe ori pe zi întâmplător.

La învățarea fiecărei faze este nevoie ca, pe parcursul unei zile, să se creeze cât mai multe oportunități de comunicare.

Folosirea sistemului PECS a condus la o îmbunătățire rapidă a comunicării funcționale în cazul copiilor.

O mare parte dintre copiii care suferă de autism, sub vârsta de cinci ani, care a folosit timp de cel puțin un an sistemul de comunicare prin imagini, a reușit să își însușească limbajul.

Alte beneficii ale folosirii metodei PECS sunt:

- reducerea problemelor în controlarea comportamentului;
- creșterea interacțiunii sociale în general, și a interacțiunii cu semenii.

Comunicarea poate implica atât o recompensa concretă, materială, cât și o recompensă socială.

Definim comunicarea funcțională ca fiind o comunicare care implică comportamentul (definit de comunitate), adresat unei alte persoane, și care în schimb presupune recompense sociale sau materiale. Când lecția se bazează, în principal, pe însușirea abilităților de comunicare, prima datorie a terapeuților este de a stabili care va fi scopul principal în comunicare, raportat la nevoile copilului.

1.3. Metoda TEACCH (Treatment and Education of Autistic and Communication Handicapped Children)

Este un sistem de intervenție care furnizează o gamă largă de servicii pentru persoanele cu autism și familiile lor, de-a lungul vieții.

Scopul principal al acestui program educațional constă în dezvoltarea nivelului general de abilități al clienților săi.

În timp ce în tipul de intervenție behavioristă al lui I. Lovaas copilul trebuia să depășească dificultățile sale specifice autiste pentru a se adapta la mediu, în cadrul sistemului TEACCH, copilului îi este oferit/creat un mediu ce se adaptează caracteristicilor autismului.

O clasă organizată conform principiilor acestui program folosește mulți indicatori vizuali pentru că cei mai mulți copii cu autism pot procesa foarte bine imaginile vizuale. Activitățile speciale au limite clare; există planșe cu poze și cuvinte atașate acestora pentru fiecare copil din clasă și pentru fiecare oră. Sunt structurate sisteme de lucru individual pentru a mări gradul de independență a copilului și se pune accent pe preferința copilului pentru rutină.

Un alt obiectiv al programului TEACCH este comunicarea spontană cu sens, iar pentru acei copii care nu pot vorbi este încurajată utilizarea modurilor alternative de comunicare, așa cum sunt fotografiile, pozele, limbajul semnelor și scrierea de cuvinte. Aceste strategii compensează sau reduc deficiențele specifice celor cu autism și minimalizează problemele comportamentale. Deși în acest tip de intervenție se lucrează și individual, pentru dobândirea de noi abilități, pregătirea/instruirea în grup este formatul său standard.

Programul TEACCH este deschis tuturor persoanelor cu autism și cu probleme de comunicare. El poate fi implementat atât în școli normale cât și în clasele speciale, în timpul taberelor de vară. La copiii care au beneficiat de acest program s-a observat, în principal, o creștere a IQ-ului cu aproximativ 20 de puncte, dar în continuare aceștia indică retard mental.

Sistemul TEACCH îi ajută pe elevii săi să-și lărgească experiențele de viață și să dobândească abilități de adaptare la mediu; conține și programe foarte bine elaborate de muncă protejată pentru persoanele cu autism. Are o gamă largă de servicii atât pentru copii cât și pentru adulții cu autism și, de asemenea, oferă diverse tipuri de sprijin pentru familiile acestora.

Acest sistem pune mare preț pe adaptarea mediului la caracteristicile copilului cu autism și, prin aceasta, diferă foarte mult de modelul expus anterior al lui I. Lovaas.

Cel mai potrivit tip de intervenție, terapie pentru persoanele cu autism trebuie să mențină un echilibru între adaptarea la nevoile specifice ale acestora și adaptarea la cerințele societății. Cercetările în domeniul educației copiilor autiști susțin importanța deosebită a informațiilor vizuale, a programelor individuale stabilite pentru fiecare zi și săptămână, în dezvoltarea, în general, a acestor copii și, în special, a deprinderilor de limbaj ale acestora.

Creată de Schopler, metoda operează cu simboluri accesibile, ușor de memorat și recunoscut. Este utilizată în tratamentul și educația autismului, a hiperkinetismului, dar și în alte deficiențe. Această metodă este foarte structurată, bazată pe imagini și un mediu educațional strict. Este folosită atât acasă cât și în unitatea de învățământ. Se folosesc imagini pentru a explica conexiunea orarului zilnic și a ceea ce se așteaptă de la ei. Copiii, prin imaginile prezentate, sunt ajutați să facă legături cu ceea ce se va întâmpla în ziua respectivă. Imaginea este

o metodă foarte bună de comunicare pentru copii/persoane cu autism. Metodele vizuale ajută la organizarea, structurarea și claritatea imaginii, le oferă sentimentul de control asupra mediului.

Este indicat ca această metodă să se folosească în locuri de muncă fără bănci, cu ateliere de lucru, înconjurate de ecrane pentru a nu li se distrage atenția, sau în locul de desfășurare a activității pot exista două mese iar în fața lor un paravan.

Metoda conține imagini vizuale ale orarelor cu activitățile pe care copilul urmează să le desfășoare. La terminarea fiecărei activități, imaginea va fi luată de pe orarul unde sunt afișate activitățile. Astfel, copilul autist știe ce activități mai are de făcut. Fragmentarea are ca rezultat asigurarea succesului.

La copilul autist trebuie menționat când o activitate începe, cât ține și când se termină - luarea imaginii de pe orar. Imaginile folosite vin în ajutorul copiilor nonverbali.

În desfășurarea unei activități trebuie să existe o zonă de tranziție de unde copilul să își pregătească materialele de lucru pentru activitatea următoare. Această zonă de tranziție îl ajută pe copilul autist să înțeleagă că urmează să se desfășoare altă activitate. Tot aici, copiii vor consulta și orarul afișat. În această zonă, totul este schimbat: mesele, covorul de altă culoare. Aici doar există depozitate materialele de lucru în cutii de aceeași culoare pentru obiectele unei activități, de exemplu materialele folosite la ora de matematică au culoarea roșie și sunt în cutia roșie. Copilul trebuie să facă legătura dintre imaginea de pe orar și cutie, dintre orarul zilnic și ceea ce așteptăm de la el.

Scopul final al acestei metode este acela de a anticipa, de a ști când începe și când se termină o activitate.

Pentru a ști cât timp mai este din activitatea respectivă, se pot folosi clepsidre, ceasuri care sună. Părinții pot folosi și ei aceleași metode pentru durata activității, chiar și în cazul copiilor fără deficiențe. Orice copil trebuie să cunoască timpul acordat învățării și numai după aceea lăsați în alte activități de tip liber.

În această terapie există patru aspecte de care trebuie să se țină cont:

- ce trebuie să facă? (orarul);
- cât de mult trebuie să se desfășoare munca – cantitatea în muncă? (cutia sau coșul cu obiecte);
- cât timp se desfășoară activitatea? (cronometrul);
- ce activitate se va desfășura după aceea? (orarul).

Strategiile educaționale constituie pentru cei mai mulți copii cu autism cele mai eficiente tipuri de intervenție dacă sunt aplicate cu intensitatea necesară.

Copiii cu autism trebuie ajutați să răspundă mai bine la stimulii din mediul înconjurător și mai ales la oamenii din jurul lor, dar modul în care se poate atinge acest obiectiv diferă de la un tip de intervenție la altul. Acest sistem pune mare preț pe adaptarea mediului la caracteristicile copiilor cu autism. Cel mai potrivit tip de intervenție, terapie pentru persoanele cu autism trebuie să mențină un

echilibru între adaptarea la nevoile specifice ale acestora şi adaptarea la cerinţele societăţii.

Programul TEACCH (Treatment and Education of Autistic and Related Communication Handicapped Children) este iniţiat de Eric Schopler în anii '70 şi transformat de Şcoala de Psihiatrie din cadrul Universităţii Carolina de Nord, Chapel Hil într-un sistem special de educaţie al copiilor cu tulburări din spectrul autismului. Scopul principal al acestei metode este maximizarea independenţei copilului cu autism şi are la bază două principii: structurarea şi vizualizarea.

a. Structurarea

O caracteristică a copiilor cu autism o reprezintă dificultăţile la nivelul limbajului receptiv (adesea copilul nu înţelege limbajul atât de bine cât ar putea crede educatorul că acesta poate) şi expresiv (nu îşi poate comunica nevoile din cauza inexistenţei sau a insuficienţei limbajului necesar comunicării).

Slaba memorie secvenţială îl împiedică pe copil să reţină ordinea evenimentelor (chiar şi a celor familiare), să ştie când se va întâmpla ceva. De multe ori, puţin capabil sau chiar incapabil de a-şi organiza sau de a pune limite la propriul comportament şi nu înţelege sau nu cunoaşte regulile sociale. Structurarea şi organizarea clasei sau a altor spaţii în care se produce învăţarea, în funcţie de nivelul de înţelegere a copilului, elevului, s-a dovedit a fi de mare ajutor în eliminarea sau ameliorarea problemelor, consecinţe ale deficitelor generate de autism.

Structura înseamnă organizarea spaţiului fizic al clasei, a timpului (orar/plan), a metodelor de predare-învăţare şi a activităţilor (crearea de situaţii de învăţare predictibile).

Structurarea mediului fizic în care are loc învăţarea este una dintre premisele de bază ale intervenţiei pe baza programului TEACCH şi înseamnă o anumită aranjare a spaţiului/mobilierului clasei, încât copilul să poată învăţa să funcţioneze independent şi cât mai eficient posibil. Pentru copiii mai mici, spaţiile în care se produce învăţarea sunt: pentru activităţi individuale şi independente (structurate, relativ „închise" în ideea evitării la maximum a distragerii atenţiei copilului), pentru activităţi de grup, pentru gustare, pentru dezvoltarea abilităţilor prevocaţionale, spaţiul profesorului, spaţii pentru lucrurile personale ale copiilor.

b. Vizualizarea

Întrucât mulţi copii cu autism au probleme de organizare, nu ştiu unde trebuie să ajungă şi cum să ajungă cel mai simplu undeva şi au dificultăţi de receptare a limbajului, adesea nu înţeleg regulile sau indicaţiile verbale - folosirea indicatorilor vizuali îi poate ajuta să înţeleagă ce au de făcut şi contribuie totodată la dezvoltarea comunicării verbale şi nonverbale. Suportul vizual este de mare ajutor în înţelegerea limbajului indiferent de cât de dezvoltat este limbajul oral, acest suport este o unealtă preţioasă, care le permite să-şi exprime dorinţele, nevoile etc.

O altă premisă importantă este structurarea timpului ce se materializează în existenţa a două tipuri de orare folosite simultan: orarul general, de lucru în

clasă, în care se specifică tipul de activități desfășurate pe parcursul unei zile (se arată când copiii lucrează sau când fac alte activități). Orarul individual de lucru al fiecărui copil în parte. Aceste planuri sunt vizualizate (ilustrate, desene, obiecte etc) potrivit nivelului de înțelegere și abstractizare al fiecărui copil. Orarele individuale țin seama de potențialul și nivelul abilităților individuale (de exemplu: în orarul unui copil sunt prevăzute două-trei activități într-o perioadă de timp, în al altuia o singură activitate în aceeași perioadă de timp) și preferințele pentru anumite activități (se alternează activitățile plăcute cu cele mai puțin plăcute, pentru copil). Folosirea cu consecvență a unor orare clare facilitează obținerea unui cadru de învățare coerent și fluent și permite ca mult mai mult timp să fie alocat unei învățări reale, evitându-se astfel permanenta reorganizare și replanificare care se face pe seama timpului destinat copilului, formării sau consolidării unor deprinderi ale acestuia.

Odată ce copilul învață să înțeleagă și să urmărească/să urmeze orarul, el își dezvoltă abilități de funcționare independentă și de orientare, abilități care sunt deosebit de importante pentru funcționarea cu succes și în alte locuri. Valorizarea maximă a potențialului copilului și dezvoltarea maximă a independenței de funcționare (acasă, la școală, la lucru, în comunitate) a acestuia sunt obiectivele principale în educația unui copil cu autism, indiferent de nivelul IQ al acestuia. În al treilea rând, educatorii trebuie să sistematizeze și să organizeze metodele de predare - învățare pentru ca învățarea să fie cu adevărat eficientă.

Sistemul de lucru și activitățile, sarcinile pe care le face fiecare copil sunt structurate. Sistemul de lucru este individualizat în funcție de nevoile copilului și arată copilului:

- ce activități trebuie să facă;
- câte activități va trebui să facă;
- când ansamblul activităților este terminat;
- ce va face după realizarea activităților/sau ce va primi.

Îndrumările date copiilor la realizarea sarcinilor, îndemnurile și recompensele trebuie să fie sistematice și astfel organizate încât aceștia să aibă experiențe de succes.

c. Planul educativ individualizat cuprinde obiectivele anuale stabilite pentru un copil în funcție de capacitățile, priceperile și de nevoile lui de învățare.

Planul educativ de intervenție trebuie să permită o bună coordonare a intervențiilor tuturor celor care se ocupă de copil: părinți, educatori, profesioniști, îngrijitori și să evidențieze eficiența demersului educativ în funcție de obiectivele stabilite prin strânsa colaborare dintre părinți și diferiți profesioniști.

Învățarea structurată are ca avantaje următoarele aspecte:

- ajută persoana cu autism să înțeleagă;
- ajută persoana cu autism să fie calmă până le înțelegem mediul, apoi nu atât de agitați;
- ajută oamenii cu autism să învețe mai bine. Indicațiile (instrucțiunile) vizuale ajută persoana să se focalizeze spre informația relevantă;

BCU "ION CREANGĂ" UNIVERSITY LIBRARY

- structura este instrumentul care va ajuta persoana cu autism să fie independentă;
- structura este forma noastră de management al comportamentului. Învățăm copilul cu comportamentele apropiate și apoi generalizăm comportamentul prin sisteme vizuale.

Structurarea fizică se referă la felul în care înființăm și organizăm fiecare zonă a clasei; unde plasăm mobila și materialele.

Programul zilnic transmite copilului vizual, într-un mod ușor de înțeles, ce activități vor avea loc, în ce ordine.

Adaptarea structurii activității de stimulare cognitivă înseamnă a face activitatea predictibilă: „Cât durează activitatea?", „De unde își ia materialele?", „Pentru ce primește recompensa?", „Ce urmează?" - recomandabil este ca activitatea să aibă dificultatea graduală, cu pași foarte mici.

Copilul este înștiințat întotdeauna atât despre ceea ce se întâmplă în momentul respectiv, cât și despre ceea ce urmează să facă după aceea; este anunțat când activitatea se apropie de sfârșit; este îndrumat să-și ia materialele necesare, iar mai târziu să le pună la loc, ajutorul oferit fiind retras treptat - de la ajutor fizic la început, la îndemn verbal într-un stadiu avansat; recompensa verbală este oferită imediat ce copilul a realizat corect un anumit gest, adultul verbalizează și îi repetă copilului acțiunea pentru care i se oferă acestuia recompensa.

Imitația sau modelul este una dintre cele mai freevente modalități de învățare la copil.

Capacitatea de imitație permite copilului să reproducă acțiunea unei alte persoane și să devină independent. Copiii autiști rar imită spontan, ei sunt incapabili sau refractari să o facă; de aceea, este necesar să se recurgă la procedeul demonstrației acțiunii.

Metodele TEACCH alături de metoda PECS și terapia de integrare senzorială pot fi aplicate tuturor copiilor cu autism și copiilor cu probleme de comunicare. La copiii care au beneficiat de acest program s-a dovedit, în principal, o creștere a coeficientului de dezvoltare cu aproximativ 20 puncte.

Cele trei metode expuse în această lucrare și-au dovedit eficacitatea în demersurile susținute ale educatorilor și părinților de a interveni spre a le oferi acestor copii posibilitatea de a se integra funcțional în mediu în care trăiesc.

Metoda ABA este orientată pe lucrul în comunitate, în sensul că întreg procesul de instruire și ajutorare al copilului cu autism se desfășoară acasă și în comunitate, fiind îndeplinit de o echipă formată din părinți, copii de aceeași vârstă, profesori de la școlile obișnuite și personal specializat. Principalul scop al acestui program este să-i stimuleze și orienteze pe copiii cu autism în deprinderea unor abilități adaptative necesare pentru a putea fi incluși în școlile normale și în comunitate și astfel să-i ajute să învețe din mediul natural.

Acest tip de intervenție s-a dovedit foarte eficient pentru copiii cu autism care au retard ușor sau mediu dar nu și în cazul celor cu retard sever.

Folosirea sistemului PECS a condus la o îmbunătățire rapidă a comunicării funcționale în cazul copiilor. O mare parte dintre copiii care suferă de autism, sub vârsta de cinci ani, care au folosit timp de cel puțin un an sistemul de comunicare prin imagini, a reușit să își însușească limbajul.

Alte beneficii ale folosirii metodei PECS sunt: reducerea problemelor în controlarea comportamentului, creșterea interacțiunii sociale, în general, și a interacțiunii cu semenii.

În metoda TEACCH se pune mare preț pe adaptarea mediului la caracteristicile copiilor cu autism. Cel mai potrivit tip de intervenție, terapie pentru persoanele cu autism trebuie să mențină un echilibru între adaptarea la nevoile specifice ale acestora și adaptarea la cerințele societății.

1.4. Terapia în familie - factor important în recuperarea copiilor cu autism

Centrul de recuperare fiind puntea de legătură cu familia, are și menirea de a asigura părinților asistență de specialitate, informându-i asupra etapelor de evoluție a copiilor și venind în sprijinul celor ce întâmpină dificultăți în înțelegerea rolului de părinți și în îndeplinirea cu succes a educării lor.

În toată lumea, ca și în România, angajarea și responsabilitatea familiei în educația copiilor sunt fundamentale pentru reușita participării școlare. La orice copil, în mod particular la copiii cu dizabilități, gradul de interes și de colaborare al părinților cu școala este cel mai adesea direct proporțional cu rezultatele școlare obținute de copii. Psihopedagogia modernă, centrată pe copil, se bazează pe convingerea că familia este principalul educator și cu cel mai înalt grad de modelare. Familiile copiilor cu autism sunt adesea responsabile de copiii lor tot restul vieții.

Conceptul de dizabilitate este într-o continuă schimbare, în special în sectoarele sociale care oferă servicii și suport astfel încât persoanele cu nevoi speciale să beneficieze de cât mai multe oportunități.

Deși putem enumera mai multe definiții, noi ne orientăm activitatea în baza ideii care se încetățenește tot mai mult, și anume aceea că persoana cu handicap este întâi de toate o persoană și apoi cu handicap. În prezent, în rândul persoanelor cu dizabilități și al celor în contact direct cu acestea există o mișcare ce se bazează pe sloganul: „Totul în numele persoanelor cu dizabilități dar nimic fără acestea". Oferind suport și atenție centrată pe o persoană s-a născut conceptul de „dizabilitate intelectuală".

Un rol foarte important al școlii este acela de a sprijini familiile să aibă încredere în resursele proprii, de a face față greutăților cu care ele se confruntă. Implicarea familiilor în ameliorarea educației copiilor cu dizabilități a condus la multe schimbări pozitive, adesea în mod radical. În S.U.A., de pildă, legea federală de promovare a dreptului la educație în școlile obișnuite pentru copiii cu

dizabilități a fost adoptată după ce o familie a câștigat în instanță procesul intentat unei școli obișnuite care le refuzase accesul copilului cu o dizabilitate.

În Italia, cam în același timp, familiile au susținut puternic ieșirea copiilor cu dizabilități din școlile speciale și trecerea lor masivă în școlile obișnuite. Și în România, familiile și asociațiile de persoane ori părinți ai copiilor cu dizabilități au contribuit substanțial la adoptarea unor măsuri de ameliorare. Cadrele didactice ar trebui să aplice criteriul „celei mai puțin periculoase presupuneri". De exemplu, dacă un program educațional utilizat de un părinte a fost ineficient, aceasta s-a întâmplat ca programul să fie ineficient și nu pentru că familia a aplicat necorespunzător acest program.

O explicație completă a dificultăților copilului la școală este esențială pentru părinți. Niciun specialist sau cadru didactic nu ar trebui să spună părinților că „nu mai este nimic de făcut pentru copilul lor". Programele de intervenție și sprijin ar trebui să implice familiile la maximum. Ele ar trebui să fie construite astfel încât să satisfacă nevoile copilului în contextul larg al nevoilor familiei.

Părinții ar trebui să fie recunoscuți ca fiind cei mai potriviți în relatarea istoriei, comportamentului și nevoilor copiilor. Ei ar trebui să aibă acces total la toate informațiile educaționale și la „diagnosticele" copilului.

Ca și în cazul copiilor, familiile sunt foarte diferite, necesitățile lor de a fi sprijinite sau posibilitățile de a oferi sprijin sunt extrem de diverse. Fiecare familie are potențialul și nevoile sale unice, care trebuie valorizate corespunzător de către școală.

Comunicarea și colaborarea eficientă dintre profesori și părinți se bazează pe câteva elemente: - respectul (reciproc) - poate fi modelat adesea de către cadrele didactice. Este important să se plece de la premisa că părinții sunt cei mai importanți „profesori" din viața copilului; respectul și tactul oferit de cadrul didactic față de complexitatea unor probleme poate induce respectul reciproc. Atitudinea imparțială, care solicită gândirea pozitivă și deschisă despre familii, evitarea judecăților evaluative și dezaprobatoare. Atitudinea imparțială înseamnă încurajarea familiilor de către profesori să-și evalueze propriile decizii, fără a influența cu propria lor părere. Empatia față de părinte poate fi ușor sesizată de acesta prin deschiderea la dialog și comunicare sinceră, sensibilă.

Formele de colaborare sunt:

- Activitățile de oferire a informațiilor - în cadrul acestora familiile primesc informațiile din partea persoanelor autorizate. Exemplele de acest fel de activități sunt avizierele, scrisori și bilete, carnețele de corespondență, telefoane, publicații, programe de întâlnire cu părinții, ședințe.
- Activitățile de împărțire a informațiilor - cele mai obișnuite activități de acest tip sunt ședințele. Informațiile sunt oferite, de asemenea, prin intermediul unor carnete în care se notează istoria devenirii copilului, performanțele acestuia, dar și problemele întâmpinate.

BCU IASI CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

- Sprijinul colaborativ pentru curriculum. Părinții pot juca rolul de profesori acasă și pot supraveghea studiul suplimentar al copilului în scopul sprijinirii.
- Pregătirea părinților - se cere atât părinților cât și specialiștilor să-și aloce timp pentru pregătirea și programele educaționale care vor fi aplicate.

Situațiile de non-colaborare dintre familie și școală sunt frecvente. Ele sunt cauzate de motive diverse, de percepții diferite ale părinților și cadrelor didactice cu referire la valoarea școlii, a copiilor etc.

Grupurile de sprijin constituite de părinții copiilor cu dizabilități - părinții acestor copii au nevoie de a se întâlni cu alți părinți care au copii cu handicap, mai ales dacă este vorba de probleme de același fel sau asemănătoare. Aceste grupuri le oferă acestora șansa de a-și comunica informații, de a da și de a primi un suport emoțional, de a lucra cu o echipă cu interese comune în favoarea copiilor.

Modalitățile de organizare și activitățile propuse pot fi foarte diverse în funcție de problematica și potențialul copiilor, a școlii, a contextului comunitar. Important și esențial în buna funcționare a grupului este cultivarea sentimentului de comunitate. Implicarea părinților ca factor de decizie este esențială.

Părinții copiilor cu autism își stabilesc, cel mai adesea anterior venirii la școală, relații cu specialiști și servicii ale comunității. Informațiile oferite de părinți pot fi incluse în luarea deciziilor privitoare la copiii cu probleme.

Formarea unei echipe de sprijin care să-i includă și pe părinți - funcționarea unor asemenea echipe este optimizată dacă ele cuprind și părintele copilului cât și cadrul didactic care predă la clasa respectivă. Uneori, chiar și membrii personalului nedidactic al școlii pot aduce date utile la reuniunile acestei echipe. Instituirea unei colaborări autentice între cadrele didactice, elevi, familiile lor și specialiști este un proces complex, care cere timp, energie, prudență, adesea mult bun simț și bună credință. Este important de menționat că în acest proces nu numai copiii sunt cei care învață.

Acordând o atenție aparte acestui copil cu nevoi speciale, am reușit să facilitez integrarea lui în grupa de copii, adaptarea la mediul centrului de recuperare și, implicit, participarea lui activă la activități instructiv-educative și la jocurile desfășurate în grupa de preșcolari.

Socializarea în familie - copilul diferit se adaptează greu la relațiile interpersonale, de aceea părinții trebuie să joace rolul de tampon, de mediator între copil și persoanele străine. Uneori, părinții pot dramatiza excesiv reacțiile inadecvate venite din partea unei persoane străine, identificând o falsă rea intenție într-un gest oricât de neutru. În alte situații, ei neagă tot ceea ce copilul observă în jurul său legat de propria deficiență, insistă pe răutatea și ipocrizia persoanelor din anturaj, cultivând la copil convingerea că lumea în care trăiește este rea.

Pe de altă parte, unii părinți refuză să țină cont de dificultățile sociale determinate de deficiență. În acest fel, ei îi împiedică pe copii să înțeleagă și să accepte toate aspectele legate de propria deficiență.

BCU "Ion Creangă" UNIVERSITY LIBRARY

Datorită acestui rol suplimentar de mediator, reacțiile părinților în fața unui copil cu deficiență pot fi grupate în: părinți echilibrați; părinți indiferenți; părinți exagerați; părinți autoritari (rigizi); părinți inconsecvenți.

Părinții echilibrați - caracteristica acestei familii constă în realismul cu care membrii săi privesc situația. Ei ajung rapid în stadiul de acceptare, se maturizează și pornesc la acțiune. După ce cunosc situația reală a copilului, ei își organizează viața în așa fel încât să acorde atenție copilului cu nevoi speciale. În funcție de diagnostic și de prognostic, părinții vor găsi resursele necesare pentru a acționa singuri sau cu ajutorul celorlalți membri ai familiei pentru a-l ajuta „pe cel mic". Părinții știu: „ce este necesar", „când și cum trebuie oferit", „ce, cum și cât de mult" se poate cere copilului cu nevoi speciale. Aceste reguli constituie un adevărat ghid al comportamentului față de copil. Părinții unui copil cu deficiență îndeplinesc teoretic aceeași funcție ca și părinții unui copil sănătos. Ei trebuie să rămână în primul rând părinți. Părinții unui copil surd, paralizat nu au nimic de făcut pentru a-l ajuta. Această atitudine aparține părinților echilibrați, care privesc toate problemele cu calm.

Acești părinți joacă un rol important în medierea relației dintre copil și mediul exterior. Ei mențin un climat de toleranță și de egalitate în sânul familiei și în societate. Un copil cu deficiență, chiar dacă este susținut, are probleme legate de comportamentul natural în fața unei persoane străine.

În acest caz, părinții joacă un rol de tampon sau de mediator între două persoane. Această intervenție va permite depășirea jenei și tensiunilor ce pot apărea în cadrul relațiilor interpersonale.

Rolul de mediator este ușor de îndeplinit de către părinții echilibrați, care abordează totul cu calm. În cadrul unei familii echilibrate copilul cu deficiență are drepturi și obligații egale. Ei trebuie să aibă relații de reciprocitate și de egalitate cu frații și cu surorile sale, să se simtă „ca toată lumea". Dacă se simte egal în familie, el va ajunge să se simtă egal și în societate.

Practic, familia joacă rolul unui laborator în care copilului cu deficiență i se oferă oportunitatea de a-și găsi locul și de a se obișnui cu situația în care se află. Copilul cu deficiență trebuie să se regăsească pe același plan afectiv cu frații și surorile sale. El nu trebuie să monopolizeze dragostea părinților, chiar dacă are nevoie de o atenție și de o îngrijire suplimentare.

În familiile echilibrate, acest copil este egal cu frații și surorile sale, dar în același timp este îngrijit corespunzător.

În acest context, copilul se dezvoltă în armonie cu cei din anturajul său, care-i acceptă dificultățile. Familia impune copilului unele restricții, încurajează activitățile gospodărești și, mai ales, pe cele de autoîngrijire, stimulează abilitățile fizice și sociale ale copilului. O persoană cu deficiență are nevoie de a fi recunoscută pentru ceea ce este și așa cum este. Atmosfera familială va fi caldă doar atunci când fiecare membru își ocupă locul care îi aparține.

Părinții echilibrați sunt calmi, deschiși și își manifestă frecvent dragostea. Căldură implică deschidere către cei din jur, plăcere, atenție, tandrețe, atașament.

Aceşti părinţi zâmbesc des, îşi încurajează copiii fără a folosi critici permanente, pedepse, ameninţări. Copiii acestor părinţi vor fi atenţi, prietenoşi, cooperanţi şi stabili emoţional.

Părinţii indiferenţi - aceşti părinţi reacţionează printr-o hipoprotecţie, prin nepăsări, lipsă de interes. La o astfel de situaţie se poate ajunge prin: lipsa de afecţiune; suprasolicitarea copilului; respingere.

Lipsa de afecţiune - părinţii demonstrează copiilor o lipsă de interes, de afecţiune, de îngrijire. Frecvent, aceşti părinţi sunt reci, ostili, îşi ceartă copilul pentru nimic, îl pedepsesc sau îl ignoră. În aceste familii au loc certuri frecvente, iar copilul este antrenat în disputele dintre părinţi.

O altă categorie de părinţi lipsiţi de afecţiune sunt cei care nu pot accepta sacrificarea vieţii profesionale. Pentru copilul cu deficienţă situaţia este foarte dificilă. El se confruntă cu numeroase probleme pe care nu le poate depăşi sau compensa. Dacă copilul nu este ajutat să le depăşească, se ajunge la situaţia de eşec. Sentimentul de inferioritate care apare din cauza eşecurilor ajunge să fie trăit intens, devenind traumatizant. Frecvent, în această situaţie copilul renunţă uşor la eforturi, deoarece nu are o satisfacţie mobilizatoare şi ajunge la soluţii uşoare sau la abandon şcolar.

Suprasolicitarea copilului apare atunci când părinţii nu ţin seama de posibilităţile reale ale acestuia. Părinţii unui copil cu deficienţă au o reacţie de negare a problemelor. Ei consideră copilul „ca toată lumea" şi-i cer rezultate asemănătoare cu ale fraţilor şi surorilor sănătoşi. În acest caz, apare o suprasolicitare, care se soldează cu eşecuri demoralizatoare.

În situaţia eşecului, părinţii reacţionează prin reproşuri şi chiar pedepse repetate, care duc la apariţia sentimentului de neputinţă, incapacitate şi inutilitatea efortului. Respingerea este o altă modalitate de hipoprotecţie. Copilul cu deficienţă este mereu comparat cu fraţii şi surorile sănătoşi şi ridiculizat.

Părinţii se detaşează emoţional faţă de copiii cu deficienţă, dar le asigură o îngrijire corespunzătoare. Atitudinea de respingere se manifestă mai mult sau mai puţin deschis, sub forma negării oricărei calităţi sau valori ale copilului, care este permanent ignorat şi minimalizat. Aceste situaţii apar atunci când copilul nu a fost dorit. Părinţii consideră că nu au niciun fel de obligaţii faţă de copilul lor. Chiar şi în faţa legii ei îşi declină responsabilitatea.

Părinţii exageraţi - cel mai obişnuit răspuns, mai ales din partea mamei, este supraprotecţia, o sursă de dependenţă. Acest comportament împiedică copilul să-şi dezvolte propriul control, independenţa, iniţiativa şi respectul de sine.

Supraprotecţia este un element negativ, generând negaţii atât din partea părinţilor, cât şi din partea copiilor. Părinţii care se simt vinovaţi devin exagerat de atenţi, transformând copilul într-un individ dependent şi solicitant pentru familie.

Această permanentă solicitare va genera reacţii de nemulţumire şi ostilitate din partea părinţilor, reacţii care-l vor face pe copil să devină nesigur. Pentru copiii cu deficienţe această situaţie este foarte dificilă, întrucât ei nu beneficiază

de un regim care implică stimularea și antrenarea în activitățile casnice. Acești părinți vor reuși „marea performanță" de a crește un copil singuratic, lipsit de posibilitatea de a-și manifesta propria personalitate. Copilul se va confrunta cu greutățile vieții, dar nu va fi capabil să le facă față, deoarece nu a căpătat instrumentele cu ajutorul cărora să acționeze și să se apere.

Părinții autoritari - acest tip de reacție este tot o formă de hiperprotecție a părinților cu o voință puternică. Acești părinți își controlează copiii într-o manieră dictatorială. Ei stabilesc reguli care trebuie respectate fără întrebări. Copilul este transformat într-o marionetă, este dirijat permanent, nu are voie să-și asume răspunderi și inițiative, i se pretinde să facă numai „ce", „cât" și „cum" i se spune. Un astfel de comportament din partea părinților are efecte negative, deoarece copilului i se anulează capacitatea de decizie și acțiune. O formă particulară de atitudine autoritară apare în relația dintre părinți și adolescenți. Părinții continuă să îi considere pe tineri copii, neputând accepta ideea maturizării lor. În acest context, ei le refuză libertatea, încercând să mențină o atitudine de tutelă, în dorința de a preveni surprizele neplăcute. În acest caz, răspunsul copilului este violența, care determină o deteriorare a legăturilor afective cu familia. Uneori, autoritatea pune în evidență atenția acordată copilului și grija pentru o îndrumare corespunzătoare. Acest tip de autoritate este justificat mai ales în situația unui copil cu probleme. În aceste cazuri, tânărul este întrebat, participă la discuții, dar în final tot părinții decid, în funcție de părerile lor.

Părinții inconsecvenți – oscilează de la indiferență la tutelă. Cel mai adesea este vorba despre părinți instabili, nesiguri și incapabili de a opta ferm pentru o anumită atitudine.

Alteori, copilul este „pasat" la diferiți membri ai familiei, fiind supus unor metode educative diferite, adesea contradictorii.

Crescut într-un mediu inconstant, lipsit de metode stabile, copilul devine nesigur și ușor de influențat de persoane rău intenționate.

1.5. Terapia prin joc la copiii cu autism

Copiii, majoritatea timpului lor liber și nu numai, și-l petrec jucându-se. Jocul reprezintă pentru copii o modalitate de a-și exprima propriile capacități.

Prin joc, copilul capătă informații despre lumea în care trăiește, intră în contact cu oamenii și cu obiectele din mediul înconjurător și învață să se orienteze în spațiu și timp. Putem spune că jocul este „munca copilului". În timpul jocului, copilul vine în contact cu alți copii sau cu adultul, astfel că jocul are un caracter social.

Jocurile sociale sunt esențiale pentru copiii cu handicap, întrucât le oferă șansa de a se juca cu alți copii. În aceste jocuri sunt necesare minim două persoane care se joacă și comentează situațiile de joc (loto, domino, table, cuburi, cărți de joc etc.).

BCU "ASTRA" UNIVERSITY LIBRARY

În perioada de preşcolar se desfăşoară mai ales în grup, asigurându-se astfel socializarea. Din acest motiv, copiii cu handicap trebuie să fie înscrişi la grădiniţa din vecinătate, alături de copiii sănătoşi. Perioada de preşcolar este cea mai indicată pentru începerea socializării copiilor cu handicap. La această vârstă, socializarea se realizează uşor prin intermediul jucăriilor şi al echipamentelor de joc. Totuşi, trebuie să fim atenţi la unele probleme deosebite.

În unele cazuri, copilul are probleme legate de utilizarea toaletei şi de deplasare (nu sunt parcurse aceste programe, în cazul copiilor cu autism). În aceste situaţii, este de preferat să se solicite prezenţa mamei sau a unui „terapeut umbră", până la acomodarea copilului în colectivitate şi acomodarea personalului cu problemele copilului.

Jocurile trebuie să fie adaptate în funcţie de deficienţa copilului. Copiii cu tulburări de comportament trebuie să fie permanent sub observaţie, iar la cei cu ADHD jocurile trebuie să fie cât mai variate.

1.6. Integrarea şcolară a copiilor cu autism

Formele de integrare a copiilor cu dizabilităţi pot fi următoarele: clase diferenţiate, integrate în structurile şcolii obişnuite, grupuri de câte doi-trei copii deficienţi incluşi în clasele obişnuite, integrarea individuală a acestor copii în aceleaşi clase obişnuite.

Integrarea şcolară exprimă atitudinea favorabilă a elevului faţă de şcoala pe care o urmează; condiţia psihică în care acţiunile instructiv-educative devin accesibile copilului; consolidarea unei motivaţii puternice care susţine efortul copilului în munca de învăţare, situaţie în care copilul sau tânărul poate fi considerat un colaborator la acţiunile desfăşurate pentru educaţia sa; corespondenţa totală între solicitările formulate de şcoală şi posibilităţile copilului de a le rezolva; existenţa unor randamente la învăţătură şi în plan comportamental considerate normale prin raportarea la posibilităţile copilului sau la cerinţele şcolare. În şcoală, copilul cu tulburări de comportament aparţine, de obicei, grupului de elevi slabi sau indisciplinaţi, el încălcând deseori regulamentul şcolar şi normele social-morale, fiind mereu sancţionat de către educatori. Din asemenea motive, copilul cu tulburări de comportament se simte respins de către mediul şcolar (educatori, colegi). Ca urmare, acest tip de şcolar intră în relaţii cu alte persoane marginalizate, intră în grupuri subculturale şi trăieşte în cadrul acestora tot ceea ce nu-i oferă societatea.

Din cauza comportamentului lor discordant în raport cu normele şi valorile comunităţii sociale, persoanele cu tulburări de comportament sunt, de regulă, respinse de către societate. Aceste persoane sunt puse în situaţia de a renunţa la ajutorul societăţii cu instituţiile sale, trăind în familii problemă, care nu se preocupă de bunăstarea copilului.

Intervenţia educaţională precoce este o condiţie esenţială care permite creşterea eficienţei procesului de reabilitare a copiilor cu nevoi speciale.

BCU "ION CREANGĂ" UNIVERSITY LIBRARY

Evaluarea potențialului psihomotor constituie punctul de plecare pentru aprecierea, în fiecare etapă, a nivelului de creștere și dezvoltare a copilului.

Principiul intervenției timpurii indică gradul sporit de eficiență a intervenției de recuperare și integrare în comunitate la vârstele mici, întrucât:

- diferența dintre copiii obișnuiți și cei cu deficiențe la vârste mici este mai puțin observabilă, ea crescând pe măsura înaintării în vârstă;
- reacțiile de supraprotejare sau de respingere din partea familiei sunt mai greu de corectat, dacă ele nu au fost abordate înaintea vârstei de șapte ani;
- șansele de integrare sunt mult mai mari în cazul copiilor cu ușoare deficiențe.

Echipa de intervenție precoce acționează în primul rând în familiile copiilor cu deficiențe asigurând:

- acțiuni de informare și consiliere;
- discuții cu părinții privind diagnosticul, prognosticul și posibilitățile de compensare;
- stabilește potențialul real al copilului și mijloacele prin care acesta poate fi stimulat;
- informează părinții asupra serviciilor existente, care asigură cea mai bună stimulare a copilului cu nevoi speciale.

Abordarea globală vizează aspectele de bază ale educației cu notele distincte pentru copiii cu nevoi speciale:

- să se respecte demnitatea fiecărei ființe umane;
- să li se ofere protecție și securitate socială;
- să aibă posibilitatea de a decide și alege în deplină cunoștință de cauză acțiunile care urmează a fi efectuate;
- în efectuarea acțiunilor să se țină seama de particularitățile individuale ale fiecărui copil deficient, dar și de procesele înregistrate până în acel moment;
- să se asigure condiții optime pentru ca dorințele și năzuințele copilului deficient să fie stimulate și respectate.

Educația trebuie să înceapă cu educația părinților, care trebuie să fie pregătiți pentru a avea un comportament adecvat situației copilului.

În aceste condiții, este necesară evitarea unor relații tensionate, motiv pentru care se încearcă realizarea unor relații pozitive între membrii familiei.

Familia trebuie să adopte un comportament echilibrat față de copilul deficient și față de ceilalți copii, evitându-se subprotejarea sau neglijarea; părinții vor fi ajutați să deprindă unele tehnici de îngrijire a copilului cu nevoi speciale; specialiștii din echipă trebuie să fie capabili să asigure familiei suportul moral, informațional necesar orientării copilului în toate problemele vieții de zi cu zi.

BCU IASI CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

1.7. Reabilitarea bazată pe comunitate

Acest concept a apărut în contextul încercărilor de dezinstituționalizare, de scoatere de sub controlul exclusiv al specialiștilor a procesului de reabilitare.

Acest model are ca principal obiectiv promovarea conștientizării și responsabilității privind reabilitarea la nivelul comunităților locale, având ca țintă stimularea întrajutorării. Există așteptări ca persoanele cu dizabilități, familiile lor și toți membrii comunității să se implice în căutarea propriilor lor soluții comune.

Premisa reabilitării bazate pe comunitate este surprinzător de simplă: un supervizor local este desemnat de comunitate și beneficiază de un anumit trainning. Apoi, acesta asigură trainningul pentru familia restrânsă ori extinsă a persoanei cu dizabilitate, urmărind și obținerea sprijinului comunității.

Există două ipoteze pe care se fundamentează acest model:

a) că resursa cea mai importantă pentru acordarea de ajutor persoanei cu dizabilitate este constituită de propria sa familie;

b) că pentru dezvoltarea suportului este posibilă și necesară mobilizarea comunității din care face parte acea familie.

Rolul familiei este fundamental pentru dezvoltarea relațiilor în toate societățile. Totuși legătura familiei cu reabilitarea persoanelor cu handicap este mult mai problematică.

Deși familia a fost mereu una din principalele surse de ajutor și de sprijin al învățării pentru un copil cu dizabilitate, calitatea acestora variază mult și nu poate fi întotdeauna garantată. De exemplu, pot interveni factori emoționali sau practici care ar putea împiedica familia să acorde sprijinul în anumite circumstanțe.

S-ar putea să nu existe suficient timp sau bani ca familia să asigure reabilitarea adecvată, sistematică unei persoane. La nivel emoțional, funcția de părinte este diferită de rolul realizat de un terapeut specializat sau de un consilier. Relația dintre părinte și copil este marcată de o serie de emoții care nu se manifestă în relația dintre copil și specialist. Nașterea unui copil cu deficiență se asociază adesea cu un sentiment de vină a părinților, care îi determină să devină supra-protectivi.

O altă dificultate poate să apară în privința implicării comunității. Orice comunitate se transformă și este nevoie de luat în considerare specificul local. Nu este posibil ca toți membrii săi să fie întotdeauna pregătiți să colaboreze armonios. Familiile, vecinii, personalul medical, asistenții sociali, autoritățile locale, angajatorii au roluri de jucat în încercarea de satisfacere a nevoilor persoanelor cu dizabilități.

Acest model are ca efect dezvoltarea resurselor la nivelul comunității. Există trei niveluri ale suportului asigurat din perspectiva acestui model:

1) suport pentru persoana cu dizabilitate și pentru familia sa. Un supervizor local este recrutat și format în domeniul aplicării tehnicilor de reabilitare. Acest supervizor identifică persoana cu dizabilitate, îi apreciază

severitatea condiției și asigură instruirea unui membru al familiei pentru a putea desfășura activitățile de reabilitare;

2. un al doilea nivel implică personalul existent în serviciile de sănătate, care are un nivel mai ridicat de competență și resurse mai sofisticate descoperite la nivelul comunității. Aceste servicii nu sunt specifice persoanelor cu dizabilități, dar personalul poate beneficia de trainning în ce privește prevenirea dizabilității și reabilitarea;

3. un nivel al serviciului specializat local, care să acopere domeniile medical, vocațional și educației speciale, al serviciilor sociale. Este evident că acest model presupune un nivel considerabil al coordonării diferitelor categorii de servicii.

Uneori, supervizorii locali ajung să fie nemulțumiți de faptul că munca lor devine copleșitoare; alteori, din cauza prejudiciului de care suferă persoanele cu handicap, supervizorii ezită să se implice în asigurarea serviciilor de reabilitare.

O altă critică se referă la faptul că părinții devin înalt dependenți de supervizorul local în ce privește acordarea de sfaturi, fapt care îi împiedică să utilizeze în mod creativ propriile lor resurse pentru crearea de alternative.

În plus, responsabilitatea pentru îngrijirea persoanei cu dizabilitate cade în sarcina familiei restrânse sau lărgite.

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

PARTEA A III-A

CERCETARE APLICATIVĂ
METODOLOGIA CERCETĂRII

1.1. Obiectivele şi ipotezele cercetării

Obiectivul general propus: proiectarea unui program de intervenţie psihopedagogică care vizează aspecte educaţional-recuperative prin dezvoltarea psihocomportamentală a copiilor cu autism în vederea integrării/incluziunii sociale.

Obiectivele operaţionale propuse sunt următoarele:

1. Implementarea unui protocol de terapie destinat recuperării copiilor diagnosticaţi cu autism.
2. Validarea protocolului implementat prin evaluarea copiilor pe arii de dezvoltare.
3. Realizarea unei scale de comportament pentru evaluarea copiilor cu autism.
4. Realizarea unor studii de caz semnificative în vederea confirmării importanţei planului de intervenţie terapeutic.

Ipotezele cercetării:

Ipoteza 1. Se prezumă că există diferenţe semnificative în aria personal-social înainte şi după parcurgerea de către copil a programului de intervenţie.

Ipoteza 2. Se prezumă că există diferenţe semnificative în aria motricitate fin-adaptativă înainte şi după parcurgerea de către copil a programului de intervenţie.

Ipoteza 3. Se prezumă că există diferenţe semnificative în aria limbaj înainte şi după parcurgerea de către copil a programului de intervenţie.

Ipoteza 4. Se prezumă că există diferenţe semnificative în aria motricitate grosieră înainte şi după parcurgerea de către copil a programului de intervenţie.

Ipoteza 5. Se prezumă că există diferenţe în comportamentul general (utilizarea abilităţilor) înainte şi după parcurgerea de către copil a programului de intervenţie.

1.2. Loturile de subiecţi

Cercetarea a fost realizată în perioada 2009-2012, în cadrul Centrului pentru Copii cu Autism din municipiul Constanţa.

Pentru realizarea studiului am supus testării un număr de 60 de participanţi, cu vârste cuprinse între 2,5 – 6 ani (a se vedea figura 2.1.1), dintre care 20 fete şi 40 băieţi (a se vedea figura 2.1.2).

BCU "OVIDIUS" CONSTANȚA / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

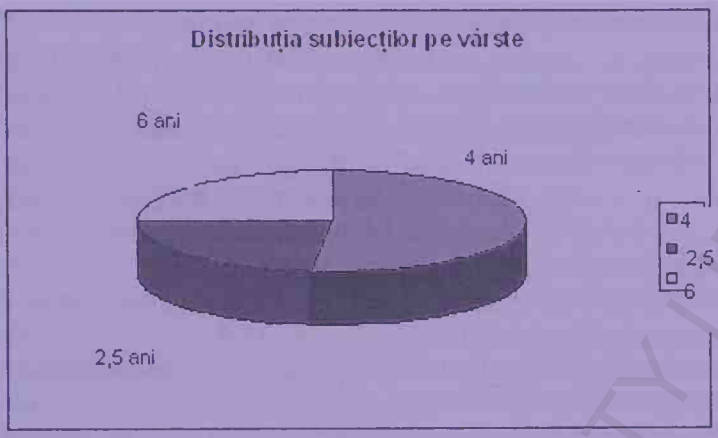


Figura 2.1.1. Prezentarea distribuției pe vârste a participanților la testare

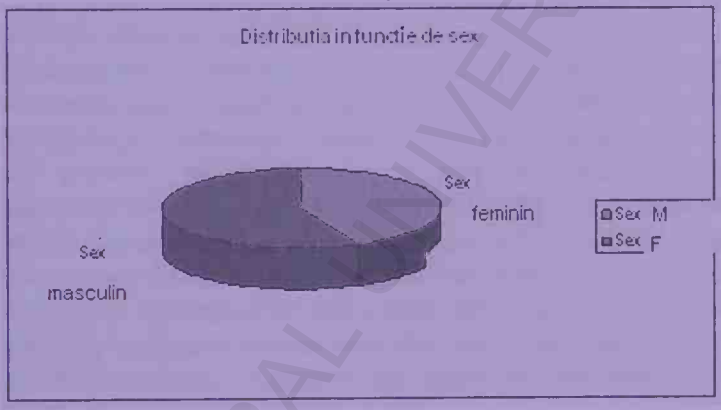


Figura 2.1.2. Prezentarea distribuției pe sexe a participanților la testare

Eșantionul pe care am realizat testarea a fost selectat prin randomizare (selecție aleatoare), având o medie de 17,06 și o abatere standard de 0,84, fiind format din copii cu autism din cadrul Centrului pentru Copii cu Autism, care participă în cadrul planului de intervenție terapeutic. Aceștia au fost diagnosticați în cadrul serviciului de evaluare complexă din Direcția Generală de Asistență Socială și Protecția Copilului, Constanța.

1.3. Prezentarea instrumentelor utilizate

În vederea testării ipotezelor formulate am folosit următoarele metode și instrumente de cercetare: observația, anamneza, convorbirea, interviul, Testul Screening Denver, scala de evaluare proprie a comportamentului, în cazul studiilor de caz, am ales să lucrez și cu scala Portage.

BCU "ION CREANGĂ" CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

1.3.1. Metoda observației

Observația ca metodă de cercetare constă în urmărirea intenționată și înregistrarea exactă, sistematică a diferitelor manifestări comportamentale ale individului (sau ale grupului) ca și a contextului situațional al comportamentului. Observația este una dintre cele mai vechi metode de cercetare nu numai ale psihologiei, ci și a altor științe. În timpul observației, psihologul trebuie să întocmească un protocol de observație în care să noteze o serie de elemente.

Dintre acestea, mai importante sunt următoarele:

1. descrierea contextului (data, timpul, spațiul, ambianța fizică, aranjamentul subiecților și a altor obiecte);
2. descrierea participanților (sex, vârstă, etnie, îmbrăcăminte, aspect fizic);
3. descrierea observatorului (vârstă, sex, existența sau nonexistența unor relații anterioare cu subiecții observați);
4. descrierea acțiunilor și conduitelor participanților (îndeosebi a celor verbale și nonverbale, motorii, expresiv-emoționale);
5. interpretarea situației (încercarea observatorului de a înțelege ce înseamnă situația pentru subiecți, care este probabilitatea ca situația să însemne ceva pentru participanți, care este contextul etc);
6. interpretări alternative ale situației (acestea furnizează motive pentru concluziile la care se va ajunge);
7. notarea și explorarea de către observator a propriilor trăiri și sentimente (analiza reflexivă este întotdeauna necesară într-o cercetare calitativă, deoarece include propria experiență a observației).

Unul dintre conținuturile observației îl constituie simptomatica stabilă, adică trăsăturile bioconstituționale ale individului (înălțimea, greutatea, lungimea și grosimea membrelor, circumferința craniană, toracică, abdominală) ca și trăsăturile fizionomice (aspectul capului, al feței, relațiile dintre diferitele detalii anatomice ale feței: fruntea, nasul, bărbia, pomeții obrajilor, ochii etc).

Un alt conținut al observației, mult mai semnificativ, îl reprezintă simptomatica labilă, adică multitudinea comportamentelor și conduitelor flexibile, mobile ale individului, cum ar fi: conduita verbală, cea motorie, mnezică, inteligentă, ca și varietatea expresiilor afectiv-atitudinale. Simptomatica labilă poate fi observată în orice situație și context de viață, inclusiv cu prilejul efectuării unor experimente în laborator, al unei convorbiri sau al parcurgerii unui test.

În aceste din urmă situații, se recomandă a fi observate:

1. atitudinile prezente la debutul activității (opoziție, pasivitate, cooperare, entuziasm);
2. atitudinile din timpul activității (atitudini generale și maniere de a fi: iritație, spontaneitate, formulare de întrebări);
3. respectarea consemnelor (ține sau nu seama de acestea?);

BCU IASI CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

4. acțiuni și mișcări necontrolate (agitație, tieuri, mișcări ale ochilor, gurii, mâinilor, picioarelor, corpului);
5. vorbirea (pronunția și articularea, număr de cuvinte emise spontan, tipul de comportament verbal, conținutul comportamentului verbal);
6. metode spontane de lucru (cum procedează în manipularea obiectelor sau în rezolvarea problemelor, sarcinilor);
7. reacțiile la incidentele materiale, la eșecuri, dificultăți.

Pentru observarea tuturor acestor manifestări comportamentale, cercetătorul face apel la mai multe forme ale observației, care pot fi clasificate după mai multe criterii, cum ar fi:

1. orientarea actului observațional: auto-observația (orientată către surprinderea particularităților propriului comportament; observația propriu-zisă (orientată către observarea manifestărilor comportamentale ale altor persoane);
2. prezența sau absența intenției de a observa: ocazională (întâmplătoare, nu ține seama de nicio regulă); sistematică (face apel la un proiect care îi reduce câmpul);
3. prezența sau absența observatorului: directă (bazată pe prezența observatorului și pe conștientizarea acesteia de către subiecții observați); indirectă sau mediată (observatorul este amplasat în spatele unr geamuri cu vedere unilaterală); cu observator uitat, ignorat (observatorul este prezent, însă fiind atât de cunoscut membrilor grupului, este pur și simplu ignorat); cu observator ascuns (observatorul se ascunde în spatele unor paravane);
4. implicarea sau non-implicarea observatorului: pasivă (fără implicarea directă a observatorului în activitate); participativă (observatorul devine membru al grupului și participă nemijlocit la activitatea acestuia);
5. durata observării: continuă (efectuată pe o perioadă mai mare de timp); discontinuă (pe unități de timp mai mici și la intervale diferite);
6. obiectivele urmărite: integrală (ținteşte spre surprinderea tuturor sau a cât mai multor manifestări de conduită); selectivă (se concentrează doar asupra unei singure conduite).

Calitatea observației depinde de o serie de particularități psihoindividuale ale observatorului (capacitatea sa de a-și concentra atenția, de a sesiza esențialul; gradul său de sugestionabilitate).

Condițiile unei bune observații sunt: stabilirea clară, precisă a scopului, a obiectivului urmărit; selectarea formelor celor mai potrivite care vor fi utilizate, a condițiilor și mijloacelor necesare (cronometre, magnetofoane, aparat foto); elaborarea unui plan riguros de observație (de la ce sistem conceptual și de la ce ipoteze se va porni; unde și când va fi efectuată; cât timp va dura); consemnarea imediată a celor observate, deoarece consemnarea ulterioară ar putea fi afectată de uitare (întocmirea unui protocol de observație); efectuarea unui număr optim de

observații; desfășurarea ei în condiții cât mai variate; discreția acesteia (persoana în cauză să nu își dea seama că este observată).

La fel de utilă este și folosirea unor modalități de evaluare a observațiilor efectuate care să permită înregistrarea facilă a datelor și mai apoi compararea lor. În acest scop este indicată determinarea unităților de observație (a cuantumului de elemente observate pe intervale egale de timp; repartizarea acestora de-a lungul unei zile). De asemenea, pot fi stabilite grade de estimații ale unor însușiri psihice (de exemplu: se stabilesc anumite evaluări pentru a preciza în ce măsură este prezentă o însușire psihică la un individ sau acordarea de puncte). Mijlocul cel mai sigur care facilitează recoltarea și compararea rapidă a datelor de observație îl reprezintă utilizarea grilelor de observație și sistematizarea lor în funcție de o serie de criterii.

Principalele avantaje ale metodei observației sunt: permite surprinderea manifestărilor comportamentale firești, naturale ale individului, în condiții obișnuite de viață și activitate; furnizează mult material care poate fi raportat la informațiile deja publicate; este deschisă oricărui final, putând sugera multe piste pentru abordările ulterioare; rezultatele acesteia sunt accesibile și altor cercetători; oferă informații nu doar cu privire la ce, când și unde se întâmplă, ci și referitor la implicațiile acțiunilor și conduitelor; sugerează explicații posibile cu privire la cauzalitatea acțiunilor în situații particulare; oferă acces la fenomene de obicei ascunse sau care nu pot fi studiate experimental.

Dintre dezavantajele metodei observației aș enumera următoarele: observatorul trebuie să aștepte intrarea în funcțiune a fenomenului studiat; informațiile cantitative oferite sunt puțin numeroase; practicarea acesteia se soldează cu o serie de efecte negative cum ar fi: suscitarea intrării în funcțiune a mecanismelor de apărare socială a subiecților observați; modificarea situației globale a câmpului psihosocial determinată de prezența observatorului; producerea unor schimbări ale comportamentului celor observați, datorită personalității observatorului.

1.3.2. Metoda anamnezei

Termen de origine filosofică, apoi medicală, care desemnează ansamblul informațiilor asupra trecutului pacientului, necesare practicianului pentru a-i stabili evoluția. Anamneza (gr. *anamnesis* - amintire) reprezintă o metodă de a ordona istoria unui caz, pentru depistarea condițiilor ce au dus la apariția unei dezordini psihice, în vederea organizării unui sistem educativ adecvat sau pentru elaborarea unor corectări și tratamente psihice. Inițial, metoda a fost folosită doar de medici cu scopul obținerii de date privitoare la evoluția unei boli prin interogarea bolnavului.

Prin extensia în psihologie, anamneza reprezintă o secvență a biografiei psihologice din care se desprind originile și condițiile dezvoltării unor

BCU "ION CREANGĂ" LIBRARY

particularități individuale (trăsături de caracter, sentimente, capacități de relație etc).

Anamneza orientează diagnosticul și urmărește găsirea atitudinilor terapeutice potrivite. De asemenea, organizarea cronologică a elementelor furnizate prin această metodă permite evidențierea relațiilor cauzale dintre fapte, situații, episoade de viață mai deosebite ce au lăsat urme asupra dezvoltării psihice.

În general, anamneza cuprinde evenimentele dezvoltării psihice, evenimentele educative, evenimentele privind mediul familial și social, boli și fenomene de stres.

Este dată o schemă standard de alcătuire a istoricului relatat de pacient sub forma unei liste ce trebuie parcursă de psiholog împreună cu pacientul. Oricum, nu este nici necesar și nici posibil ca toate aceste întrebări să fie puse fiecărui pacient. Bunul simț va hotărî, în funcție de pacient, cât de departe trebuie explorat fiecare punct. Începătorul va învăța din experiență cum să-și adapteze întrebările la problemele care se ivesc în cursul interviului.

În cazul în care rudele sunt prezente, trebuie întrebate inițial dacă există elemente importante pe care ar trebui să le aflați înainte de a vedea pacientul și să le explicați apoi că vor avea ocazia de a discuta cu dumneavoastră după interviu.

În general, este bine să se examineze pacienții adulți singuri, neînsoțiți de rude sau prieteni. La investigarea aparținătorilor, se vor pune întrebări asupra numelui, relației cu pacientul, gradului de intimitate, de când îl cunoaște pe acesta ș.a.

Se investighează:

- simptomele cu durata și modul de debut al fiecăruia;
- legătura în timp între simptome, afecțiuni somatice și factori psihologici sau sociali;
- consecințele asupra muncii, funcționării și relațiilor în societate;
- tulburări asociate ale somnului, apetitului și instinctelor sexuale; la pacienții externi, de obicei, este mai bine ca acest punct să fie avut în vedere înaintea celorlalte, deoarece pacientul începe de regulă prin a vorbi despre suferința lui.

Anamneza familială:

- Tatăl: - vârsta în prezent sau în momentul decesului.
- Starea sănătății, ocupația, personalitatea, calitatea relațiilor cu pacientul.
- Mama: aceleași puncte.
- Frații: nume, vârstă, stare civilă, ocupație, personalitate, afecțiuni psihice, calitatea relațiilor cu pacientul.
- Poziția socială a familiei - atmosfera în casă.
- Afecțiuni mintale în familie - tulburări psihice, tulburări de personalitate, epilepsie, alcoolism. Prezența afecțiunii psihice la părinți

B.C.U. „M. EMINESCU" IAȘI

sau frați sugerează că afecțiunea pacientului poate fi, în parte, ereditară.

- Personalitatea și atitudinile părinților sunt importante pentru că familia este mediul în care pacientul a crescut. La fel, separarea de părinți, oricare ar fi motivul. Întrebați despre relațiile dintre părinți, de exemplu dacă au existat certuri frecvente. Întrebați despre separări, divorț și recăsătoriri. Rivalitatea dintre frați poate fi importantă, ca și favorizarea unuia dintre frați de către părinți.
- Ocupația și rangul social al părinților reflectă circumstanțele materiale ale copilăriei pacientului. Este posibil ca evenimente recente din familie să fi reprezentat factori de stres pentru pacienți.
- O boală severă a unuia dintre părinți, divorțul unuia dintre frați pot constitui probleme importante pentru ceilalți membri ai familiei.

Datele personale:

- Sarcină și nașteri: evenimentele din timpul vieții intrauterine sunt uneori importante, mai ales în cazul pacienților cu handicap mintal. O sarcină nedorită poate fi urmată de o relație insuficientă între mamă și copil. Probleme serioase apărute în timpul nașterii pot fi uneori cauza deficitului intelectual.
- Primele faze ale dezvoltării: dificultăți în dobândirea primelor deprinderi și întârzieri în învățarea mersului, vorbirii, controlului sfincterian etc. Puțini pacienți știu dacă trecerea lor prin aceste stadii a fost normală. Datele respective sunt mai importante dacă pacientul este copil sau adolescent, caz în care informațiile sunt obținute de obicei de la părinți. Va fi notată orice perioadă prelungită în care pacientul a fost despărțit de mama sa. Efectele unei asemenea separări sunt foarte variate și este important să se ia legătura cu cineva în măsură să spună dacă în acea perioadă pacientul a fost afectat și cât a durat starea respectivă.
- Starea sănătății în copilărie: afecțiuni grave, în special cele cu atingere a sistemului nervos central, inclusiv convulsiile febrile.
- „Probleme nervoase" în copilărie: spaime, accese de furie, timiditate, balbism, înroșirea feței, capricii alimentare, somnambulism, enurezis, coșmaruri frecvente.
- Școlarizare: vârsta începerii și terminării fiecărei școli, școlile urmate, rezultate, sport și alte realizări, relații cu profesorii și colegii. Informațiile din acest domeniu dau indicații nu numai asupra inteligenței, cunoștințelor, ci și asupra nivelului de inserție socială. Trebuie notate atât tipul de școală, cât și rezultatele obținute la examene.

De asemenea, dacă în acest timp, pacientul a avut prieteni și dacă a fost simpatizat, dacă a participat la jocuri sportive și cu ce rezultate, în ce relații a fost cu profesorii. Se pun întrebări similare și cu privire la studiile superioare.

BCU IAȘI - CENTRUL UNIVERSITAR UNIVERSITY LIBRARY

Istoricul ocupațional: lista cronologică a slujbelor, motivația schimbărilor acestora, situația financiară actuală, satisfacția în muncă. Informațiile despre ocupația actuală ajută la înțelegerea condițiilor în care trăiește pacientul, inclusiv factorii de stres la locul de muncă. Lista ocupațiilor anterioare are importanță în primul rând pentru evaluarea personalității. Dacă pacientul a fost angajat în mai multe locuri, trebuie aflate motivele fiecărei schimbări. Concedierile repetate pot reflecta o personalitate dificilă, agresivă sau alte trăsături anormale (deşi există, bineînțeles, multe alte motive de concedieri repetate). Relațiile cu colegii, superiorii sau subalternii ajută la evaluarea personalității.

Istoricul cuplului: vârsta în momentul căsătoriei; cât timp şi-a cunoscut partenerul (sau partenera) înainte de căsătorie şi durata logodnei. Relații şi logodne anterioare. Vârsta actuală, ocupația, starea de sănătate şi personalitatea soțului/soției. Calitatea vieții maritale. Aici interesează aspectele legate de personalitate. Ruperea frecventă a legăturilor înainte de căsătorie poate reflecta o tulburare de personalitate. Atitudinea pacientului față de căsătoria actuală poate fi determinată de o relație anterioară. Problemele actuale pot fi adesea înțelese mai bine dacă încercăm să aflăm ceea ce fiecare dintre parteneri a aşteptat inițial de la căsătorie. Sunt, de asemenea, utile informații despre împărțirea responsabilităților şi a deciziilor între soți.

Copiii: nume, sex, vârstă, temperament, dezvoltare afectivă, sănătate fizică şi mintală a copiilor. Sarcinile, naşterile, avorturile (provocate/spontane) sunt evenimente importante asociate uneori cu reacții psihologice adverse ale mamei. Informațiile despre copiii pacientului sunt relevante pentru problemele actuale şi pentru tipul de viață familială. Cum mulți copii pot fi afectați indirect de bolile părinților, trebuie aflat dacă o femeie sever deprimată creşte copii sau dacă un bărbat alcoolic şi violent trăieşte împreună cu copiii săi.

Probleme medicale anterioare: afecțiuni, operații, accidente.

Afecțiuni psihice anterioare: natura şi durata afecțiunilor; evoluție.

Condiții de viață actuale: întrebările despre locuință, gospodărie, situația financiară ajută la înțelegerea circumstanțelor în care trăieşte pacientul, a aspectelor din viața sa care pot reprezenta factori de stres şi a modului în care afecțiunea actuală se poate repercuta asupra acestora. Nu se poate formula o regulă generală despre cantitatea de informație care trebuie obținută, aceasta rămânând o problemă de bun simț.

Personalitatea premorbidă:

- Relații: prietenii puține sau multe, superficiale/strânse.
- Folosirea timpului liber: pasiuni, curiozități.
- Dispoziția predominantă: anxios, îngrijorat, vesel, deznădăjduit, optimist, pesimist, disprețuitor/prea încrezător în sine, stăpânit/demonstrativ, stabil/instabil.
- Caracter: sensibil, rezervat, timid, sperios, suspicios, gelos, certăreț, iritabil, impulsiv, egoist, timid, stângaci, dependent.

- Atitudini și norme: moral și religios, atitudine față de sănătate și față de propriul corp.
- Obiceiuri: mâncare, alcool, tutun, medicamente.

1.3.3. Metoda convorbirii

Pentru ca o convorbire să se ridice la rangul de metodă științifică ea trebuie să fie premeditată în vederea obținerii unor date cu privire la o persoană. Premeditată în sensul de a fi pregătită, gândită dinainte cu scopul îndeplinirii unor condiții care să garanteze obținerea unor date valabile, importante pentru cercetarea ce o întreprindem. Putem organiza o convorbire liberă în care întrebările nu sunt dinainte formulate.

Alteori, concepem convorbiri standardizate, când întrebările sunt în întregime formulate anterior și nu avem voie să le modificăm în timpul conversației. Convorbirile standardizate sunt utilizate dacă vrem să interogăm un număr mare de persoane, de obicei în cazul unor anchete.

Convorbirea cu o persoană este cea mai directă cale pentru a afla detalii referitoare la motive, aspirații, trăiri afective, interese. Desigur, trebuie să avem certitudinea că subiectul va fi sincer și că ne va comunica exact părerea lui, constatările sale. Aceasta este dificultatea, fiindcă de obicei, fiecare are tendința de a da acel răspuns pe care-l consideră a-i fi favorabil. În psihologie se vorbește de „tendința de fațadă", aceea de a prezenta celorlalți o aparență pozitivă. Totodată, atunci când se pun întrebări mai complicate trebuie să avem garanția că persoana va face efortul de gândire necesar și nu răspunde superficial.

Avem deci nevoie de o colaborare din partea sa. Din acest motiv se consideră convorbirea a fi cea mai dificilă metodă: nu este simplu să convingi o persoană, de obicei necunoscută, să colaboreze cu sinceritate în sondarea ființei sale. Există unele persoane cărora le face plăcere să-și povestească viața, necazurile. Altele sunt însă foarte rezervate. Trebuie ca psihologul să le câștige încrederea. Să-și dea seama că nu există niciun risc, fiind vorba de o cercetare în cadrul cărora vor fi subiecți anonimi. Uneori le putem trezi dorința de a contribui la succesul unei investigații științifice, mai ales dacă este patronată de o instituție impunătoare (academie, universitate). Intervine tactul cercetătorului de a se face plăcut, de a inspira încredere; de el depinde, în măsură hotărâtoare, succesul convorbirii. Sunt și alte condiții pentru ca o convorbire să aibă succes. Mai întâi, ea trebuie bine gândită, se impune să se elaboreze un „ghid de interviu", adică să se prevadă care vor fi temele principale pe care va trebui să le abordăm. Dar existența acestei tematici să nu deranjeze cursivitatea discuției, întrebările să decurgă în mod firesc din succesiunea replicilor, fără nicio cramponare rigidă de „tematică". Se are în vedere să se pună în discuție tot ceea ce ne-am propus, însă la momentul potrivit.

O preocupare constantă o constituie menținerea interesului subiectului, a colaborării; în acest scop se impune să-l urmărim cu atenție, să-l aprobăm din

BCU "ALEXANDRU IOAN CUZA" LIBRARY

când în când (critica nu este permisă, căci se poate provoca imediat reacții de apărare, C. Rogers recomandă o „aprobare necondiționată"). Din când în când, în relație cu ceea ce povestește acesta, trebuie să ne amintim și noi o întâmplare sau o trăire similară. Mărturisirile noastre sunt de natură să stimuleze memoria interlocutorului, favorizând „deschiderea" sa.

O dată cu schimbul de impresii și replici, vom observa atitudinile și expresiile persoanei, ele permițându-ne să ne dăm seama de sensul exact al afirmațiilor sale, de sinceritatea și mobilizarea sa reală. Totodată, este necesar să ne observăm și pe noi înșine.

O piedică poate fi emotivitatea subiectului; de aceea, la începutul convorbirii este bine să plasăm discuția în jurul unor fapte ori date puțin importante. Iar chestiunile delicate vor interveni mai târziu, când interlocutorul se va fi acomodat cu situația. Să evităm, prin felul de a pune întrebările, sugestionarea subiectului. Nu este simplu: orice întrebare are un oarecare conținut sugestiv. În istoria metodelor psihologice a rămas consemnat următorul fapt: înaintea Primului Război Mondial s-a inițiat o cercetare în rândul persoanelor care se adăposteau în „aziluri de noapte" (locuințe mizere unde, contra unei sume de bani modeste, se putea petrece noaptea la adăpost de frig). Au fost utilizați numeroși operatori.

După studierea tuturor protocoalelor, s-a constatat că ele puteau fi împărțite în două mari grupe: dintr-una reieșea proveniența ereditară a decăderii „azilanților", iar din cealaltă apăreau ca răspunzători factorii de mediu și educație. Analizându-se situația, s-a stabilit că deși anchetatorii au pus exact aceleași întrebări, ei au reușit, totuși, să sugereze persoanelor studiate propriile lor opinii care se împărțeau, într-adevăr, după amintitele puncte de vedere. Așadar, prin ton, atitudine se poate sugera unui subiect răspunsul pe care îl aștepți. În fine, desigur, trebuie să înregistrăm răspunsul subiectului prin mijloace moderne de stocare: reportofon, casetofon sau în scris.

Este preferabil să o facem după convorbire, dar imediat după pentru a nu uita nimic important. Interpretarea rezultatelor convorbirii nu este prea complicată, dacă ea este bine pregătită, bine condusă, deși uneori răzbat din inconștient reflecții ce pot fi interpretate în mod diferit.

Există mai multe tipuri de convorbire, în funcție de situație alegându-se dintre:

- convorbirea standardizată, dirijată, structurată, care se bazează pe formularea acelorași întrebări, în aceeași formă și aceeași ordine pentru toți subiecții;
- convorbirea semistandardizată, semistructurată, în care întrebările pot fi reformulate, se poate schimba succesiunea acestora, se pot pune întrebări suplimentare;
- convorbirea liberă, spontană nu presupune folosirea unor întrebări prestabilite, acestea fiind formulate în funcție de situația particulară în care se desfășoară;

BCU IASI CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

- convorbirea psihanalitică, propusă de S. Freud se bazează pe metoda asociației libere de idei și este folosită pentru analiza și interpretarea diferitelor probleme ale pacientului;
- convorbirea nondirectivă, propusă de C. Rogers, creează condițiile psihologice care să faciliteze relatările spontane ale subiectului fără ca acesta să fie permanent întrebat.

Eficiența acestei metode este dată de respectarea unor condiții:

- necesitatea desfășurării după o structurare anterioară a întrebărilor de către experimentator;
- întrebările să vizeze culegerea cu anticipație a unor informații despre subiect, prin folosirea altor metode - observația, analiza produselor activității etc;
- preocuparea pentru anticiparea răspunsurilor subiectului de către experimentator, pentru a ști cum să se comporte în eventualele situații neprevăzute;
- motivarea adecvată a subiecților pentru a obține din partea acestora răspunsuri sincere.

Avantajele metodei sunt date de posibilitatea obținerii unor informații numeroase și variate, direct de la sursă, într-un timp relativ scurt, precum și faptul că nu necesită aparatură sofisticată ori instalații speciale.

Dezavantajele provin din gradul destul de mare de subiectivitate atât al experimentului, cât și al subiectului și din eventuala lipsă de receptivitate determinată de lipsa de motivare a subiectului.

Alături de convorbire se utilizează și interviul, care se deosebește de aceasta doar prin faptul că în cadrul interviului, locul experimentorului nu poate fi inversat cu cel al subiectului, relația fiind în acest caz univocă - experimentatorul este cel care totdeauna pune întrebările, iar subiectul totdeauna răspunde.

În limba română, termenul de „interviu" reprezintă un neologism provenit din limba engleză (interview – întrevedere, întâlnire), fiind utilizat deopotrivă în jurnalistică și în științele socio-umane. El are ca echivalent termenii din limba franceză „entretien" (conversație, convorbire) și „entrevue" (întâlnire între două sau mai multe persoane).

Cel de-al doilea termen, deși reprezintă traducerea literală a celui anglo-saxon, comportă totuși un sens diferit: are o nuanță utilitară, de aranjament sau de surpriză (Grawitz, 1972).

În cercetarea socio-umană românească s-a făcut de-a lungul timpului distincția între interviu și convorbire, dar în prezent cei doi termeni se consideră că au același înțeles, fiind folosiți ca referință pentru aceeași tehnică de cercetare.

BCU IAȘI UNIVERSITY LIBRARY

1.3.4. Metoda interviului

Putem spune, aşadar, că interviul este o conversaţie faţă în faţă, în care o persoană obţine informaţii de la altă persoană (Denzin, 1970).

În „Tratatul de psihologie socială", Roger Daval şi colaboratorii (1967, apud S. Chelcea) fac o serie de distincţii între situaţia de interviu şi alte fenomene psihosociologice:

- Interviul presupune întrevederea, dar nu se confundă cu aceasta. Oamenii se întâlnesc chiar fără scopul de a obţine informaţii unii de la alţii, ci pur şi simplu pentru a se vedea, pentru plăcerea de a fi împreună. Chiar dacă îşi vorbesc, nu înseamnă neapărat că schimbă informaţii. Evident, interviul poate constitui un scop al întrevederii, dar întâlnirea dintre două sau mai multe persoane adesea are cu totul alte scopuri.
- Nu există interviu fără convorbire, dar nu orice conversaţie constituie un interviu. Convorbirea presupune schimbul de informaţii în legătură cu o temă sau alta. Persoanele care conversează schimbă frecvent rolurile de emiţător şi de receptor. Informaţia nu este direcţionată într-un singur sens, nu există un conducător al discuţiei, aşa cum stau lucrurile în cazul interviului.
- Interviul reprezintă mai mult decât un dialog - apreciază Roger Daval -, pentru că nu totdeauna dialogul are drept scop obţinerea de informaţii. În filme, de exemplu, dialogul permite exprimarea stărilor sufleteşti; în filosofie prin dialog permite exprimarea stărilor sufleteşti; în psihologie prin dialog se exprimă ideile, gândirea, concepţia autorilor.

Dialogurile socratice sunt veritabile reflecţii filosofice, nu căutarea obţinerii unor informaţii. Nici Socrate şi nici Platon nu „intervievau", ci îşi expuneau în dialogurile lor concepţiile filosofice.

- Interviul nu poate fi confundat cu interogatoriul, deşi şi într-un caz şi în celălalt există o persoană care pune întrebări, care dirijează discuţia. Obţinerea informaţiilor prin interogatoriu evocă obligaţia de a răspunde, constrângerea exterioară. Din contră, interviul presupune libertatea de expresie a personalităţii, chiar bucuria oamenilor de a-şi spune cuvântul, de a-şi face publice opiniile.

Septimiu Chelcea defineşte interviul ca o tehnică de obţinere, prin întrebări şi răspunsuri, a informaţiilor verbale de la indivizi şi grupuri umane în vederea verificării ipotezelor sau pentru descrierea ştiinţifică a fenomenelor socio-umane.

Interviul are la bază comunicarea verbală şi presupune întrebări şi răspunsuri ca şi chestionarul. Spre deosebire însă de acesta, unde întrebările şi răspunsurile sunt scrise, interviul implică totdeauna obţinerea unor informaţii pe cale verbală/orală. Aşadar, convorbirea reprezintă elementul fundamental în tehnica interviului, în timp ce întrevederea nu constituie decât o condiţie care

BCU "Ovidius" Constanţa

facilitează transmiterea informațiilor unidirecțional: de la persoana intervievată spre operatorul de interviu.

Margaret Stacey (1970, apud Chelcea) considera că un interviu este necesar să fie folosit atunci „când trebuie studiate comportamente dificil de observat pentru că se desfășoară în locuri private, când se cercetează credințele și atitudinile, neexistând documente scrise despre acestea. În astfel de cazuri cea mai bună soluție o reprezintă utilizarea interviului".

Fred Kerlinger (1973) considera că utilizarea interviului în cercetarea științifică are mai multe scopuri:

- în primul rând, un scop explorator, de identificare a variabilelor și relației dintre variabile; cu ajutorul interviurilor se poate ajunge la formularea unor ipoteze interesante și valide. Informațiile obținute pot ghida în continuare cercetarea fenomenelor psihosociologice;
- în al doilea rând, poate constitui instrumentul principal de recoltare a informațiilor în vederea testării ipotezelor; în acest caz, fiecare întrebare reprezintă un item în structura instrumentului de măsurare;
- cel de-al treilea scop al utilizării interviului este cel de recoltare a unor informații suplimentare celor obținute prin alte metode.

Avantajele și dezavantajele interviului ca tehnică de cercetare:

Kenneth D. Bailey (1978/1982, apud Chelcea) prezintă atât avantajele, cât și dezavantajele interviului.

Avantaje:

- flexibilitatea, posibilitatea de a obține răspunsuri specifice la fiecare întrebare;
- rata mai ridicată a răspunsurilor, asigurată de obținerea răspunsurilor și de la persoanele care nu știu să citească și să scrie, ca și de la persoanele care se simt mai protejate când vorbesc decât când scriu;
- observarea comportamentelor nonverbale, fapt ce sporește cantitatea și calitatea informațiilor;
- asigurarea standardizării condițiilor de răspuns, lucru imposibil de realizat în cazul chestionarelor poștale;
- asigurarea controlului asupra succesiunii întrebărilor, fapt ce are consecințe pozitive asupra acurateței răspunsurilor;
- colectarea unor răspunsuri spontane, știut fiind că primele reacții sunt mai semnificative decât cele realizate sub control normativ;
- asigurarea unor răspunsuri personale, fără intervenția altora;
- asigurarea răspunsului la toate întrebările și prin aceasta furnizarea informațiilor pentru testarea tuturor ipotezelor cercetării;
- precizarea datei și locului convorbirii, fapt ce asigură comparabilitatea informațiilor;
- studierea unor probleme mai complexe prin utilizarea unor formulare, chestionare sau ghiduri de interviu mai amănunțite, cu mai multe întrebări, de o mai mare subtilitate.

BCU "SIGHETU" UNIVERSITY LIBRARY

Dezavantaje:

- costul ridicat, nu numai al orelor de intervievare, dar și al celorlalte etape și momente ale proiectării și realizării cercetărilor pe bază de interviu;
- timpul îndelungat necesar pentru identificarea persoanelor incluse în eșantion, pentru obținerea acordului și desfășurarea convorbirii, uneori fiind necesare mai multe vizite la aceeași adresă;
- erorile datorate operatorilor de interviu în ceea ce privește punerea întrebărilor și înregistrarea răspunsurilor, așa-numitul „efect de operator";
- imposibilitatea consultării unor documente în vederea formulării unor răspunsuri precise;
- inconveniente legate de faptul că se cere indivizilor să răspundă, indiferent de dispoziția lor psihică, de starea de oboseală etc;
- neasigurarea anonimatului, fiind cunoscute adresa și numărul de telefon ale persoanelor care urmează să fie intervievate;
- lipsa de standardizare în formularea întrebărilor, ceea ce limitează comparabilitatea informațiilor;
- dificultăți în accesul la cei care sunt incluși în eșantion.

Tipuri de interviuri

Din punctul de vedere al conținutului comunicării se poate face distincție între interviul de opinie și interviul documentar, iar din punctul de vedere al duratei putem vorbi de interviu extensiv care, chiar dacă se aplică unui număr mare de persoane, nu va reuși să pună în evidență structurile de profunzime, așa cum se întâmplă în cazul interviului intensiv.

După gradul de libertate a cercetătorului în alegerea temelor de investigare și în ceea ce privește formularea, numărul și succesiunea întrebărilor, interviurile se înscriu pe un continuum între interviul directiv și cel nondirectiv.

Interviurile nondirective se caracterizează prin:

- număr redus de întrebări;
- formularea lor spontană;
- durata (teoretic) nelimitată;
- volum mare de informații;
- răspunsuri complexe;
- centrare pe persoana intervievată cu posibilități de repetare a întrevederii.

Interviurile directive se consideră că:

- au întrebări prestabilite, structurate într-o ordine rigidă;
- se desfășoară într-un interval de timp limitat;
- dispun de o singură întrevedere;
- se centrează pe problema de studiu.

Grawitz propunea în anul 1972 următoarea clasificare după gradul de libertate al cercetătorului și nivelul de profunzime:

1. Interviul clinic
2. Interviul în profunzime

BCU "Ion Creangă" UNIVERSITY LIBRARY

3. Interviul cu răspunsuri libere sau ghidat
4. Interviul centrat sau focalizat
5. Interviul cu întrebări deschise
6. Interviul cu întrebări închise

Interviul la copii

Interviurile cu copii ridică unele probleme, cel puțin din următoarele puncte de vedere (Bailey, 1982, apud Chelcea):

- vocabularul limitat al copiilor;
- specificul relației adult-copil;
- dificultatea copiilor de a înțelege „situația de interviu".

În perioada antepreșcolară (1 - 3 ani) copilul întâmpină dificultăți de înțelegere a limbajului, deși cerința subiectivă a comunicării verbale este constituită la 16 luni. La vârsta de 1 an copilul poate pronunța circa 100 de cuvinte, aleătuind propoziții de 2-3 cuvinte. În acest moment al dezvoltării psihologice nu se poate realiza un interviu propriu-zis și abia în perioada preșcolară (3 - 6 ani), date fiind progresele în dezvoltarea comunicării verbale, se pot realiza astfel de interviuri cu copiii (la 3 ani vocabularul mediu numără 2000 de cuvinte).

La sfârșitul perioadei școlare mici, copiii posedă un vocabular de 4000-4500 de cuvinte, vocabularul activ fiind de aproximativ 1500 de cuvinte, astfel încât copiii sunt capabili să formuleze răspunsuri la unele tipuri de interviu special proiectate pentru investigarea lor.

Dificultatea realizării interviurilor cu preșcolarii și cu școlarii mici nu rezidă numai în vocabularul limitat al acestora, ci și în specificul relației adult-copil. La vârstele mici, copiii îi percep pe adulți ca pe proprii lor profesori sau părinți de la care învață ce este bine și ce este rău, cum să răspundă la anumite întrebări ș.a.m.d. În situația de interviu le este greu să înțeleagă de ce adulții, care „le știu pe toate", îi întreabă pe ei „ce și cum". O altă mare problemă o reprezintă sugestibilitatea înaltă a copiilor în comparație cu adulții: formularea întrebărilor, intonația, mimica pot influența puternic răspunsurile.

Anumite caracteristici ale stadiului lor de dezvoltare psihică, precum „domnia concretului" (Gheorghiu și Ciofu, 1982, apud Chelcea), asigură insinuarea elementelor sugestive în procesul cunoașterii. Pe de altă parte, imaginația copiilor este necontrolată: adesea distincția dintre realitate și vis, dintre ceea ce s-a întâmplat efectiv și ceea ce ar fi dorit să se întâmple ridică bariere serioase în interpretarea interviurilor de tip psihosocial. În plus, relația adult-copil trebuie să ia în considerare stadiile raporturilor dintre sexe, pentru că, spre exemplu la vârsta de 7 - 12 ani, băieții manifestă o anumită aversiune față de fete, astfel încât se recomandă ca interviurile cu școlarii mici să fie făcute de persoane de același sex.

Evident, în interviurile cu copiii trebuie creată o situație de interviu care să-i ajute să înțeleagă ce se așteaptă de la ei, recomandându-se utilizarea unor

BCU "LUCIAN BLAGA" UNIVERSITY LIBRARY

elemente ajutătoare: păpuși, jucării, desene, personaje din filmele sau animațiile preferate etc.

1.3.5. Testul DENVER, Denver Developmental Screening Test (DDST)

A fost publicat pentru prima dată în anul 1967, cu scopul de a oferi un sprijin specialiștilor din domeniul dezvoltării și sănătății, în detectarea potențialelor probleme de dezvoltare la copiii mici.

DDST a fost utilizat pe scară largă în Statele Unite și în alte țări din lume, încă imediat după publicarea sa. A fost utilizat în 54 de țări, a fost adaptat și standardizat prin studii profesioniste în numeroase țări și a fost utilizat până la acest moment pentru a evalua peste 50 de milioane de copii în întreaga lume.

Ca rezultat al acestei utilizări extensive au fost trase concluzii importante, care au fundamentat revizuirea testului, aceasta concretizându-se prin publicarea versiunii DENVER II.

La baza acestei revizii au stat patru motive principale: nevoia unor itemi suplimentari din domeniul limbajului, nevoia de a revizui normele care proveneau din anul 1967, nevoia de a revizui anumite caracteristici ale unor itemi (cum ar fi dificultatea în administrare și/sau scorare) și nevoia de a evalua gradul de potrivire al anumitor itemi pentru anumite subgrupuri specifice (cum ar fi cele definite de etnie, nivelul de educație al mamei sau localitatea de rezidență).

O altă problemă abordată în cursul reviziei a fost lipsa de sensibilitate demonstrată de versiunea originală a testului în predicția unor situații sau comportamente viitoare, cum ar fi, de exemplu, performanța școlară.

O problemă intuită de autorii testului se leagă și de utilizarea uneori incorectă și lipsită de acuratețe a testului (fie în etapa de administrare a testului fie în cea de scorare), iar din acest motiv au fost dezvoltate și resursa multimedia pentru trainning, precum și testele de autoevaluare de la sfârșitul acestui manual.

Toate aceste posibile probleme au fost fundamentale pentru decizia de a revizui testul, de a-l restandardiza, de a modifica interpretarea sa, de a dezvolta resurse multimedia pentru formarea specialiștilor și de a pune un accent mai puternic pe autoevaluarea periodică a competențelor de interacțiune cu testul.

Deviațiile în dezvoltare ale copiilor mici și sugarilor sunt deseori dificil, dacă nu imposibil, de detectat prin examinări fizice de rutină. Astfel de copii arată de cele mai multe ori normal și este posibil să nu aibă niciun handicap fizic sau congenital; de aceea, astfel de copii manifestă puține sau chiar nu manifestă niciun semn exterior de întârziere în dezvoltare.

Deseori, părinții sau profesioniștii în sănătate mentală sau în pedagogie pot să nu observe problemele de dezvoltare ale acestor copii decât atunci când încep să apară problemele la școală. În general este recunoscut atât de profesioniști cât și de publicul larg că astfel de copii cu probleme de dezvoltare ar trebui să fie identificați și tratați cât mai devreme posibil, căci tratamentul timpuriu și educația

timpurie sunt mai puțin costisitoare și mult mai eficiente decât intervenția la un moment mai întârziat.

În multe state din lume acest lucru este recunoscut de lege, care obligă, în funcție de stat, ori sistemul sanitar, ori comunitățile locale, ori sistemul educațional, să realizeze programe de screening comunitar pentru identificarea din timp a acestor copii.

În multe din aceste țări standardul pentru aceste programe este testul DENVER II. Testul DENVER II a fost dezvoltat pentru a fi utilizat cu copii aparent normali, între naștere și vârsta de 6 ani. Testul este administrat prin evaluarea performanței copilului la un număr de sarcini potrivite din punctul de vedere al vârstei sale. Testul este util în mod special în evaluarea și identificarea unor posibile probleme la copiii asimptomatici, dar și pentru confirmarea, pe baza unui instrument obiectiv, a anumitor suspiciuni la care s-a ajuns în mod intuitiv, precum și pentru monitorizarea copiilor care au fost identificați ca fiind în situații de risc pentru probleme de dezvoltare, cum ar fi, de exemplu, copiii care au trecut prin dificultăți perinatale.

DENVER II nu este un test de IQ și nici nu este un predictor definitiv al abilității adaptative sau intelectuale viitoare. Testul nu a fost dezvoltat pentru a genera etichete diagnostice, precum cele de dizabilitate de învățare, afecțiune a limbajului sau afecțiune emoțională și nu ar trebui să fie niciodată utilizat pentru a substitui o evaluare diagnostică sau o examinare fizică. Testul a fost dezvoltat pentru a compara performanța unui copil la o varietate de sarcini cu performanța altor copii de aceeași vârstă.

DENVER II constă din 125 de sarcini (itemi) aranjate pe formularul de testare în patru secțiuni și care au scopul de a evalua copilul în următoarele arii sau funcții:

- **Personal-Social**: interacțiunea cu alte persoane și capacitatea de a avea grijă de propriile nevoi (25 itemi);
- **Motor Fin-Adaptativ**: coordonare ochi-mână, manipularea obiectelor mici și rezolvarea de probleme (29 itemi);
- **Limbaj**: auzul, înțelegerea și utilizarea limbajului (39 itemi);
- **Motor Grosier**: statul jos, mersul, săritul și în general mișcările care implică mușchii mari ai corpului (32 itemi).

De asemenea, testul include cinci itemi de comportament în timpul testării, care sunt completați după administrarea testului. Evaluarea comportamentului copilului în acest mod ajută specialistul să evalueze în mod subiectiv performanța și comportamentul general al copilului, obținând astfel un indicator grosier al felului în care copilul își utilizează abilitățile.

DENVER II este acompaniat de asemenea de DENVER PDQ-II (Pre-Screening Developmental Questionnaire). PDQ este o transpunere a acelor itemi din DENVER II care pot fi scorați prin raportare de către părinte sau care, deși în aplicarea propriu-zisă a testului sunt scorați exclusiv prin observarea comportamentului, este posibil să fie observați și raportați de părinte, cel puțin

pentru scopul unui screening preliminar. PDQ constă în patru formulare, câte un formular pentru fiecare din cele patru categorii de vârstă: 0 - 9 luni, 9 - 24 luni, 2 - 4 ani și 4 - 6 ani. Fiecare formular este o foaie A4 tipărită pe ambele fețe, iar formularele sunt codificate pe baza următoarelor culori: portocaliu (0 - 9 luni), violet (9 - 24 luni), galben (2 - 4 ani) și alb (4 - 6 ani).

DENVER II utilizează următoarele materiale:

- Pampon cu fir răsucit roșu (cu diametrul de aproximativ 10 cm);
- Stafide;
- Zornăitoare cu mâner îngust;
- 10 cuburi colorate, din lemn, cu latura de 2,5 cm;
- Sticlă mică, transparentă, cu deschiderea de 1,5 cm;
- Clopot mic;
- Minge de tenis;
- Creion;
- Păpușă mică de plastic cu biberon;
- Ceașcă de plastic cu mâner;
- Hârtie albă.

Toate materialele utilizate pentru testare sunt furnizate în kitul testului, cu excepția foilor albe de hârtie (utilizate pentru a desena) și a stafidelor care sunt utilizate pentru anumiți itemi și care sunt perisabile. De asemenea, sunt necesare o masă și suficiente scaune pentru examinator, pentru copil și pentru persoana care are grijă de copil (dacă este cazul), precum și spațiu suficient pentru administrarea itemilor din aria dezvoltării motor-grosiere.

Pentru copiii mici, ar fi utilă o pătură sau o masă pentru examinare, cu suprafața moale, pentru situațiile în care copilul trebuie să fie pus întins pe spate. Materialele furnizate în kitul DENVER II sunt selectate cu grijă și înlocuirea acestora, din greșeală sau intenționat, cu alte materiale, poate reduce nivelul de fidelitate atunci când se compară un copil testat cu normele românești. În loc de stafide, se pot folosi cereale în formă de O. Dacă unele dintre materiale sunt pierdute sau deteriorate, i se poate solicita editorului testului înlocuirea acestora, contra cost.

1.3.6. Scala de evaluare a comportamentului copilului cu autism

Pe baza operaționalizării conceptului, am formulat 20 de itemi (întrebări) prin care dorese să urmărese comportamentul disruptiv și stereotip al copiilor cu autism incluși în program.

Pentru a testa validitatea instrumentului l-am pretestat pe un eșantion compus din 60 de participanți cu vârste cuprinse între 2,5 – 6 ani, dintre care 20 fete și 40 băieți, eșantionul având o medie de 36,6 și o abatere standard de 11,78 (a se vedea anexa 1).

BCU IASI CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Pe baza rezultatelor pretestării am realizat forma distribuției scorurilor. Analizând forma distribuției nu am eliminat nicio întrebare deoarece forma distribuției este simetrică pentru fiecare întrebare (a se vedea anexa 6).

Calculul indicilor de fidelitate:

Coeficientul de stabilitate (TEST-RETEST)

Un instrument valid trebuie să aibă o fidelitate în timp, astfel că am aplicat testul în forma sa finală, revizuită, la un interval de 14 zile de la prima testare, pentru a verifica stabilitatea instrumentului în timp. Am analizat forma distribuției grafice pentru rezultatele obținute atât la testare (a se vedea anexa 2) cât și la retestare (a se vedea anexa 3). Forma distribuției este prezentată în figura 2.2.5.1.1.

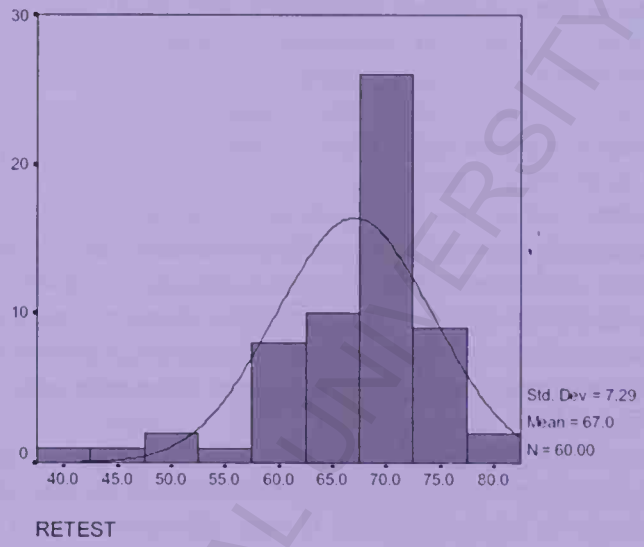


Figura 2.2.5.1.1. Forma distribuției scorurilor pentru retestare

Pentru verificarea stabilității în timp am utilizat coeficientul de corelație Bravais-Pearson, corelând punctajele totale obținute la testare cu cele de la retestare. Am obținut un coeficient de corelație de 0.90. Consultând valorile critice (tabelare), am concluzionat că rezultatul obținut exprimă o încredere de peste 99% ($p > 0.01$) (a se vedea tabelul 2.2.5.1.2.)

Corelație

		TEST	RETEST
TEST	Corelație Pearson	1.000	.909
RETEST	Corelație Pearson	.909	1.000
	Sig. (2-tailed)	.000	.
	N	60	60

Tabelul 2.2.5.1.2. Test-retest

BCU IAȘI CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Pe baza acestui rezultat putem afirma că testul este stabil în timp.

Verificarea fidelității întregului chestionar (SPLIT-HALF)

Pentru a verifica fidelitatea testului am împărțit întrebările, în funcție de numărul alocat fiecăreia, în întrebări impare și întrebări pare. Am calculat pentru fiecare sumă punctajele obținute.

Folosind datele obținute, am calculat coeficientul de fidelitate internă (split-half), obținând un rezultat de 0,61. Consultând valorile critice, am stabilit că acest rezultat exprimă încredere mai mare de 99%, ceea ce semnifică faptul că testul are consistență internă. (a se vedea tabelul 2.2.5.1.3.)

Tabelul 2.2.5.1.3. Analiza fidelității în timp

Analiza fidelității în timp	
Număr de cazuri = 60,0	Număr de Itemi = 20
Guttman Split-half = .4453	
10 Items în partea 1	10 Itemi în partea 2
Alpha pentru partea 1 =.4715	Alpha pentru partea 2 =.5418

Coeficientul de consistență internă (alfa) Cronbach

Pentru aflarea gradului de consistență internă am calculat media și abaterea standard pe fiecare chestionar și, de asemenea, media și abaterea standard pe fiecare întrebare. Aplicând formula de calcul a coeficientului de consistență internă, am obținut un rezultat de 0,69, ceea ce dovedește că testul are, de asemenea, și consistență internă.

1.3.7. Etalonarea scalei de comportament a copilului cu autism

Deoarece acest chestionar nu are un etalon pe populația românească, am realizat etalonarea sa. Am efectuat distribuția frecvențelor pentru fiecare răspuns și frecvența cumulată.

Note obținute la test	Tabelarea frecvenței	Frecvența	Frecvența cumulată
42	/	1	1
43			
44			
45			
46	/	1	2
47			

BCU IASI CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Note obținute la test	Tabelarea frecvenței	Freevența	Freevența cumulată
48			
49	/	1	3
50	/	1	4
51			
52			
53			
54			
55			
56	/	1	5
57			
58			
59	/	1	6
60	//	2	8
61	/	1	9
62	////	4	13
63	/	1	14
64	//	2	16
65	///	3	19
66	//	2	21
67	///	3	24
68	/////	5	29
69	/////////	9	38
70	////	4	42
71	////	4	46
72	///	3	49
73	////	4	53
74	//	2	55
75			
76	//	2	57
77	/	1	58
78	/	1	59
79			
80	/	1	60

Având în vedere că forma distribuției scorurilor pentru acest chestionar este una normală, am optat pentru etalonarea în quartile.

BCU IASI CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

1.3.8. Etalonarea în quartile

Se împarte colecția de scoruri la test în patru clase, Q1, Q2, Q3, Q4, fiecare cuprinzând 25% din totalul colecției de date ordonate, ca în tabelul de mai jos, în ordinea mărimii lor.

Calculăm cât reprezintă 25% din colecția noastră de scoruri la test. N fiind egal cu 60 rezultă: 25 * 60/100 = 15, 50 * 60/100 = 30, 75 * 60/100 = 45, 100 * 60/100 = 60.

Pe coloana frecvențelor cumulate am identificat valoarea cea mai apropiată de 15, adică 16. Am stabilit astfel primul interval ca fiind cel cuprins între scorurile 42 și 63, cel de-al doilea interval între scorurile 64 și 68, al treilea între 69 și 71 și ultimul interval între 72 și 80.

Quartile	Interval	Procentaje teoretice cumulate	Procentaje reale cumulate
1	42-63	25%	16
2	64-68	50%	29
3	69- 71	75%	46
4	72- 80	100%	60

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

PARTEA A IV-A

1. REZULTATELE CERCETĂRII ŞI INTERPRETAREA ACESTORA

1.1. Prezentarea şi analiza datelor

Ipoteza numărul 1

Se prezumă că există diferenţe semnificative în aria personal-social înainte şi după parcurgerea de către copil a programului de intervenţie.

Pentru verificarea acestei ipoteze am folosit scorurile obţinute la aria personal-social înainte de parcurgerea de către copil a programului de intervenţie (Anexa 9) şi scorurile obţinute la aceeaşi scală, însă după participarea la programul de intervenţie (Anexa 10).

Următorul pas a fost verificarea formei distribuţiilor (a se vedea Figura 2.1.1 şi Figura 2.1.2).

Figura 2.1.1. Distribuţia răspunsurilor la Scala aria personal-social înainte de parcurgerea programului de intervenţie

BCU IAŞI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

În tabelul de mai jos sunt prezentate datele obținute în urma aplicării testului Shapiro Wilk.

Test de normalitate

SHAPIRO WILK

Statistic	Sig.
.955	.895

Distribuția la test este normală.

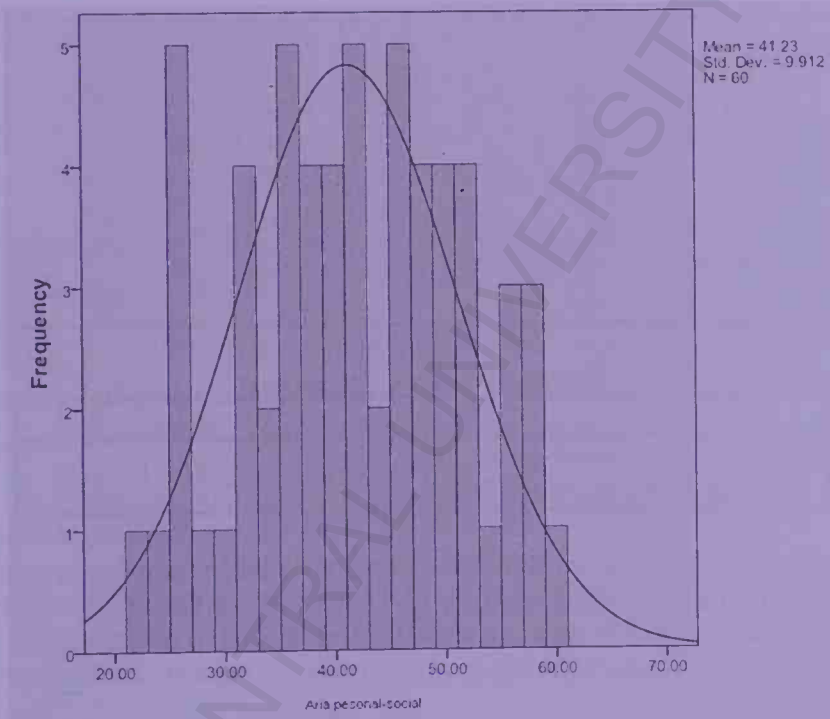


Figura 2.1.2. Distribuția răspunsurilor la Scala aria personal-social după parcurgerea programului de intervenție

În tabelul de mai jos sunt prezentate datele obținute în urma aplicării testului Shapiro Wilk.

Test de normalitate

SHAPIRO WILK

Statistic	Sig.
.950	.890

BCU IASI CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Distribuția la test este normală.

Deoarece distribuțiile sunt simetrice (conform testului Shapiro Wilk), am folosit testul t pentru eșantioane perechi (Tabelul 2.1.3).

Tabelul 2.1.3. Comparație Scala aria personal-social înainte și după parcurgerea programului de intervenție

Paired Samples Statistics

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	Aria personal-social	41.2333	60	9.91210	1.27965
	Aria personal-social 2	32.6833	60	9.34914	1.20697

Paired Samples Correlations

		N	Correlation	Sig.
Pair 1	Aria personal-social & aria personal-social 2	60	.763	.000

Calculul statistic a evidențiat o valoare a testului t care corespunde unui prag de semnificație p=0.01 (încredere de 95%), ceea ce semnifică confirmarea ipotezei și anume că există diferențe semnificative în ceea ce privește maniera aria personal-social, adică interacțiunea cu alte persoane și capacitatea de a avea grijă de propriile nevoi.

Ipoteza numărul 2

Se prezumă că există diferențe semnificative în aria motrocitatea fin-adaptativă înainte și după parcurgerea de către copil a programului de intervenție.

A doua ipoteză a cercetării își propune să măsoare coordonarea ochi-mână, manipularea obiectelor mici și rezolvarea de probleme.

Pentru verificarea ipotezei am comparat scorurile obținute la testul Denver, la scala motor fin-adaptativă, înainte de parcurgerea programului de intervenție și scorurile obținute după parcurgerea programului de intervenție. Deoarece distribuțiile (Figurile 2.1.4 și 2.1.5) sunt normale, am recurs la aplicarea testului t pentru eșantioane perechi (Figura 2.1.6).

BCU "ION CREANGĂ" UNIVERSITY LIBRARY

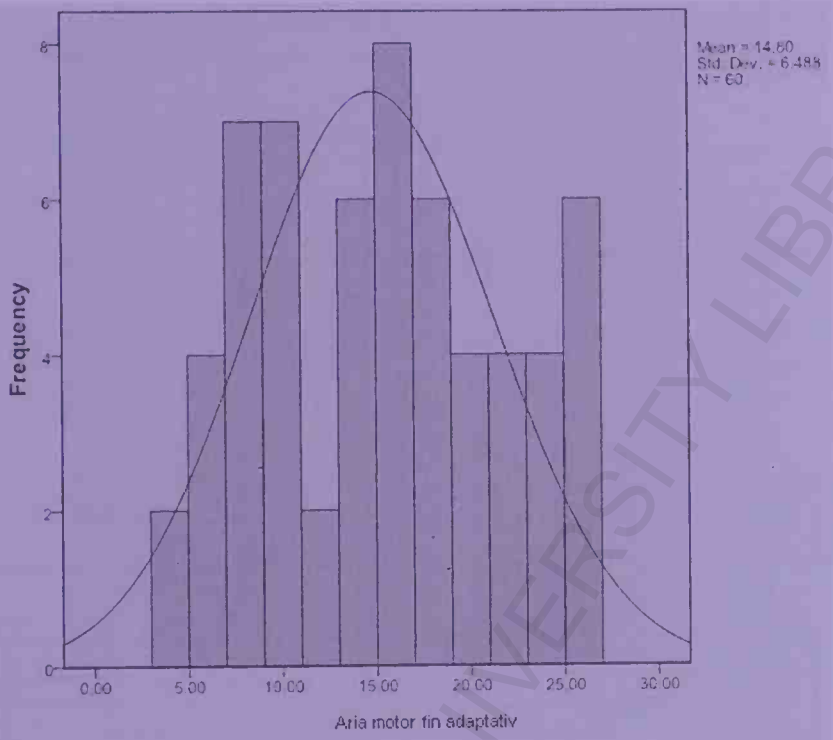


Figura 2.1.4. Distribuția răspunsurilor la aria motrocitatea fin-adaptativă înainte de parcurgerea de către copil a programului de intervenție

În tabelul de mai jos sunt prezentate datele obținute în urma aplicării testului Shapiro Wilk.

Test de normalitate

SHAPIRO WILK	
Statistic	Sig
.965	.647

Distribuția la test este normală.

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

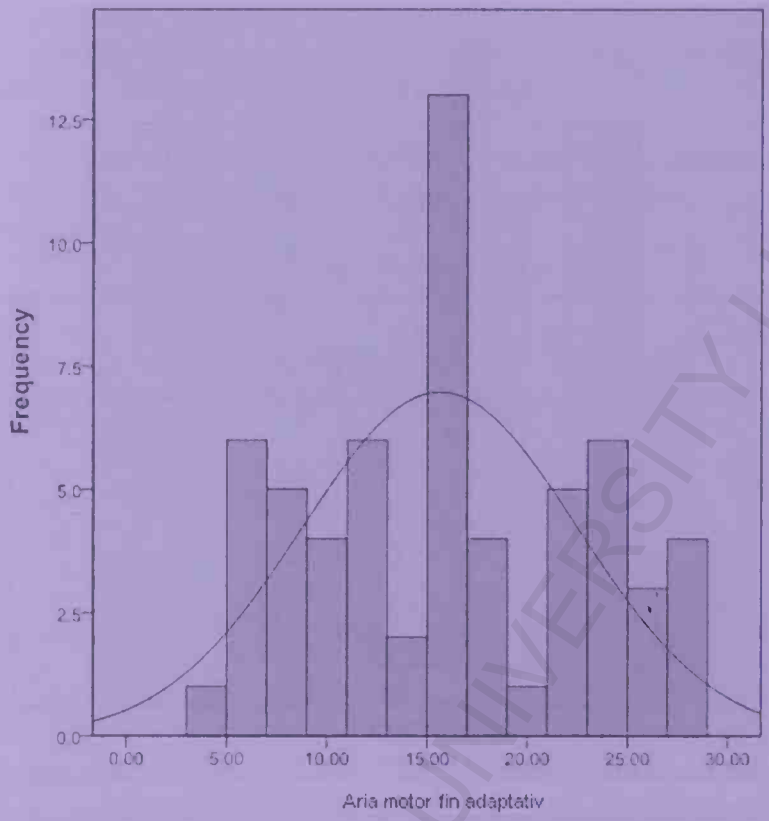


Figura 2.1.5. Distribuția răspunsurilor la aria motrocitatea fin-adaptativă după parcurgerea de către copil a programului de intervenție

În tabelul de mai jos sunt prezentate datele obținute în urma aplicării testului Shapiro Wilk.

Test de normalitate

SHAPIRO WILK

Statistic	Sig
.955	.607

Distribuția la test este normală.

Deoarece distribuțiile sunt simetrice, am folosit testul t pentru eșantioane perechi (Tabelul 2.1.6).

BCU IAȘI CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Tabelul 2.1.6. Comparație la aria motor fin-adaptativ înainte și după parcurgerea de către copil a programului de intervenție

Paired Samples Statistics

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	Aria motor adaptativ	14.8000	60	6.48806	.83760
	Aria motor adaptativ 2	15.6333	60	6.86175	.88585

Paired Samples Correlations

		N	Correlation	Sig.
Pair 1	Aria motor fin& aria motor fin 2	60	.979	.000

Paired Samples Test

		Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
					Lower	Upper			
Pair 1	Aria motor fin – aria motor fin 2	-.83333	1.42813	.18437	-1.20226	-.46441	-4.520	59	.000

Calculul statistic a evidențiat o valoare a testului t care corespunde unui prag de semnificație p=0.01 (încredere de 95%), ceea ce semnifică confirmarea ipotezei.

Ipoteza numărul 3

Se prezumă că există diferențe semnificative în aria limbaj înainte și după parcurgerea de către copil a programului de intervenție.

Pentru verificarea acestei ipoteze am folosit scorurile obținute la aria limbaj înainte și după parcurgerea programului de intervenție.

BCU "MIRCEA CEL BĂTRÂN" CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Următorul pas a fost verificarea formei distribuțiilor:

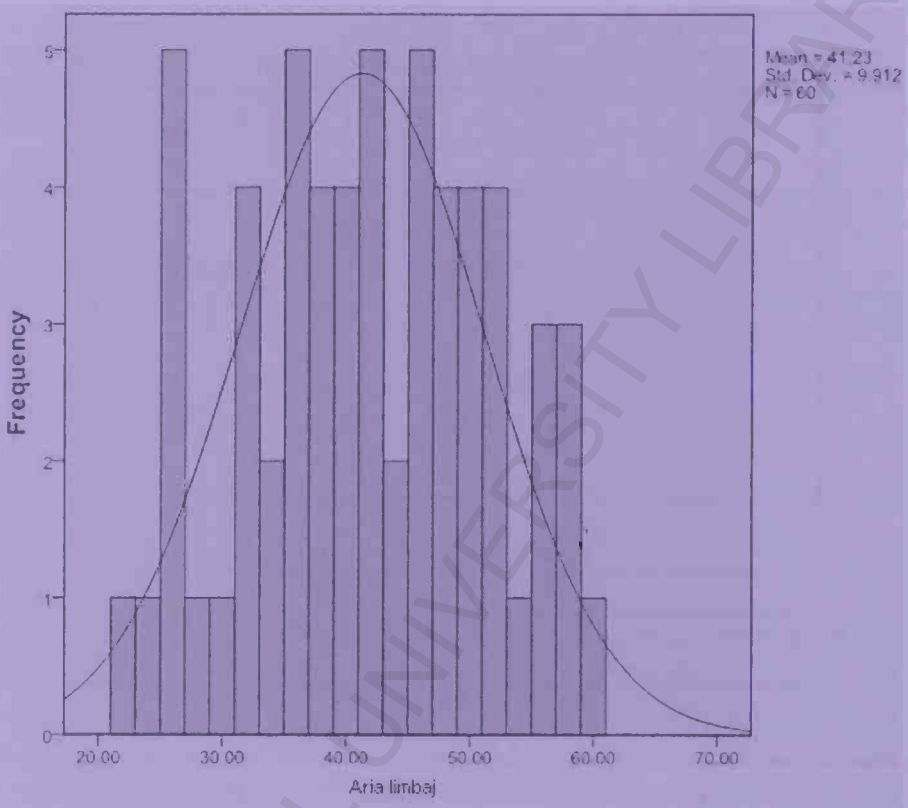


Fig.2.1.7. Distribuția răspunsurilor la aria limbaj înainte de parcurgerea planului de intervenție

În tabelul de mai jos sunt prezentate datele obținute în urma aplicării testului Shapiro Wilk

Test de normalitate

SHAPIRO WILK	
Statistic	Sig
.975	.747

Distribuția la test este normală.

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

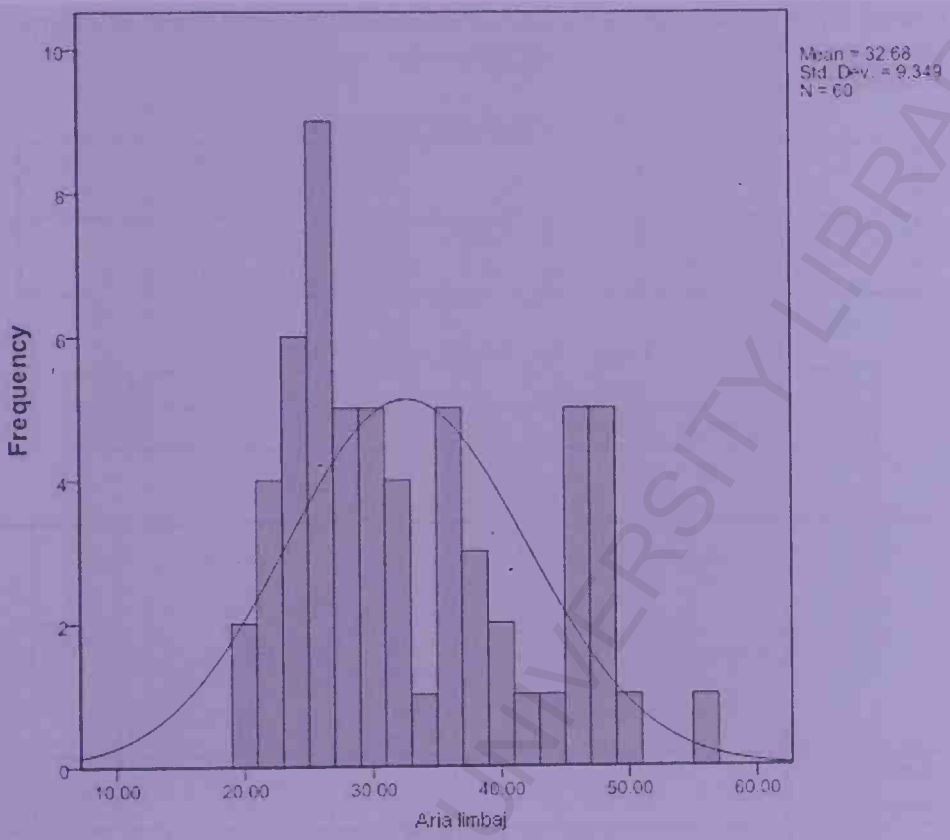


Fig.2.1.8. Distribuția răspunsurilor la aria limbaj după parcurgerea planului de intervenție

În tabelul de mai jos sunt prezentate datele obținute în urma aplicării testului Shapiro Wilk.

Test de normalitate

SHAPIRO WILK	
Statistic	Sig
.955	.595

Distribuția la test este normală.

Deoarece distribuțiile sunt simetrice, am folosit testul t pentru eșantioane perechi (Tabelul 2.1.7).

BCU IAȘI CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Tabelul 2.1.9. Comparație Scala limbaj înainte și după participarea la programul de intervenție

Paired Samples Statistics

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	limbaj1	41.2333	60	9.91210	1.27965
	Limbaj 2	32.6833	60	9.34914	1.20697

Paired Samples Correlations

	N	Correlation	Sig.
Pair 1 limbaj & limbaj 2	60	.763	.000

Paired Samples Test

	Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
				Lower	Upper			
Pair 1 limbaj-limbaj 2	8.55000	6.64965	.85847	6.83221	10.26779	9.960	59	.000

Tabelul 2.1.10. Comparație la aria motor fin-adaptativ înainte și după parcurgerea de către copil a programului de intervenție

Calculul statistic a evidențiat o valoare a testului t care corespunde unui prag de semnificație p=0.01 (încredere de 95%), ceea ce semnifică confirmarea ipotezei.

Ipoteza numărul 4

Se prezumă că există diferențe semnificative în aria motrocitatea grosieră înainte și după parcurgerea de către copil a programului de intervenție.

Pentru verificarea acestei ipoteze am folosit scorurile obținute la aria motricitatea grosieră înainte și după parcurgerea programului de intervenție.

Următorul pas a fost verificarea formei distribuțiilor.

BCU IASI CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

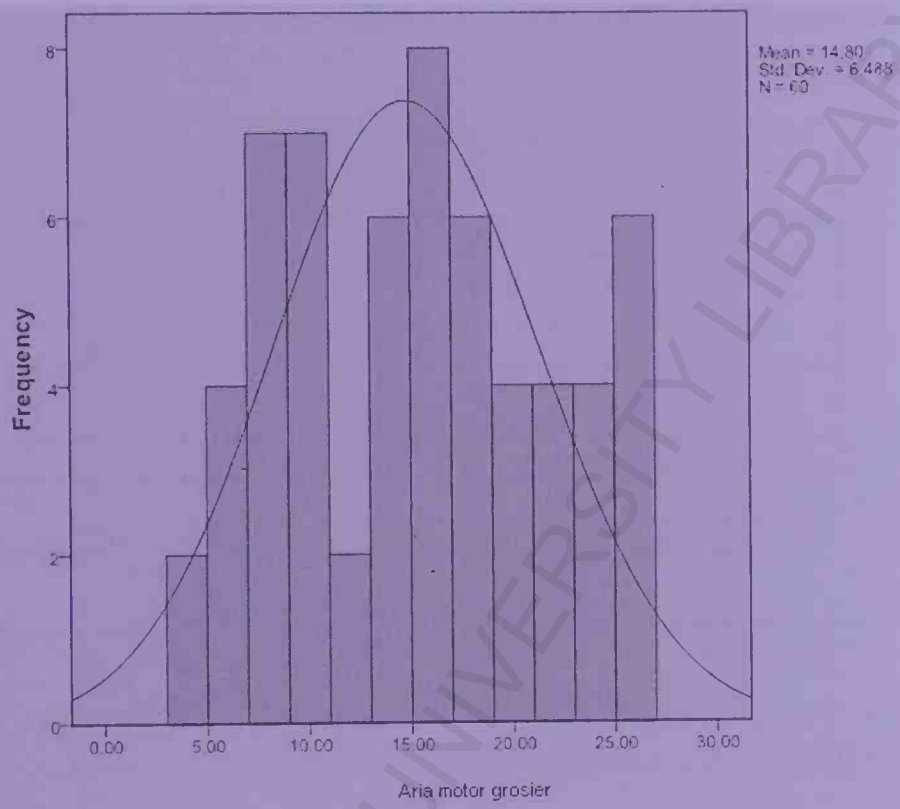


Fig.2.1.11. Distribuția răspunsurilor la aria motricitatea grosieră înainte de parcurgerea planului de intervenție

În tabelul de mai jos sunt prezentate datele obținute în urma aplicării testului Shapiro Wilk.

Test de normalitate

SHAPIRO WILK	
Statistic	Sig
.952	.569

Distribuția la test este normală.

Deoarece distribuțiile sunt simetrice, am folosit testul t pentru eșantioane perechi (Tabelul 2.1.6).

BCU IAȘI CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

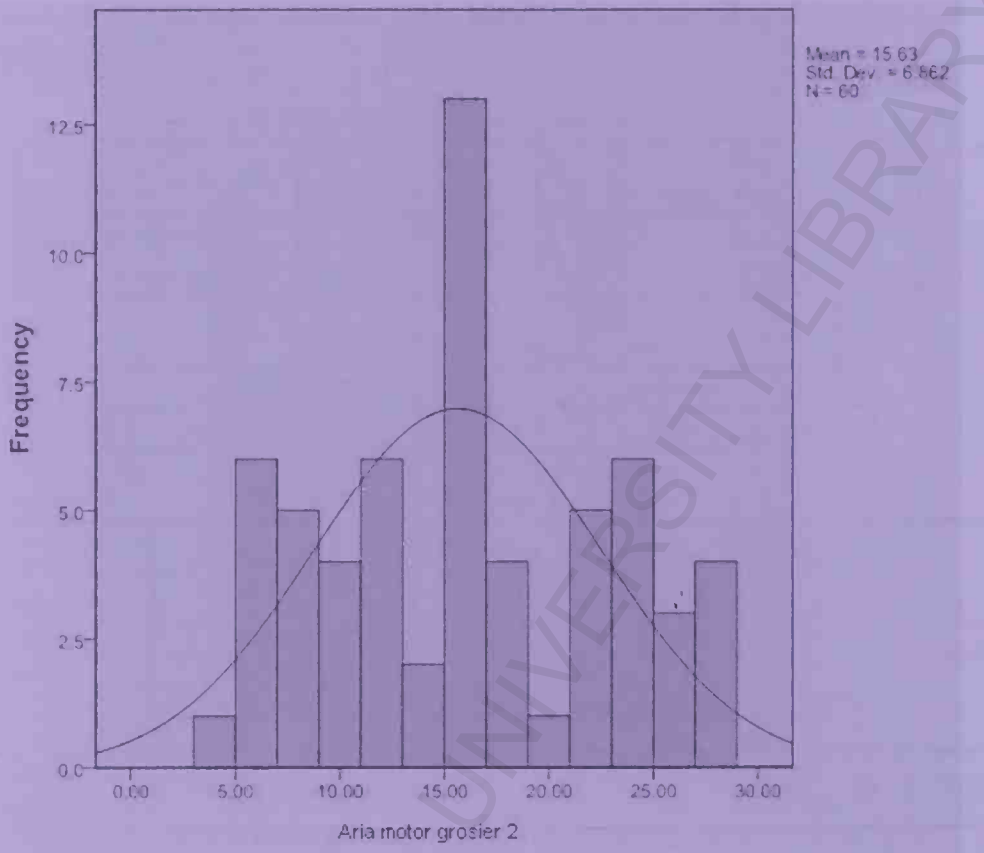


Fig. 2.1.12.Distribuția răspunsurilor la aria motrocitatea grosieră după parcurgerea planului de intervenție

În tabelul de mai jos sunt prezentate datele obținute în urma aplicării testului Shapiro Wilk.

Test de normalitate

SHAPIRO WILK

Statistic	Sig
.955	.595

Distribuția la test este normală.

Deoarece distribuțiile sunt simetrice, am folosit testul t pentru eșantioane perechi (Tabelul 2.1.12).

BCU IAȘI CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Tabelul 2.1.13. Comparație aria motrocitatea grosieră înainte și după parcurgerea planului de intervenție

Paired Samples Statistics

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	Aria motor grosier	14.8000	60	6.48806	.83760
	Aria motor grosier 2	15.6333	60	6.86175	.88585

Paired Samples Correlations

		N	Correlation	Sig.
Pair 1	Aria motor grosier& aria motor grosier 2	60	.979	.000

Paired Samples Test

		Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
		Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
					Lower	Upper			
Pair 1	Aria motor grosier – aria motor grosier 2	-.83333	1.42813	.18437	-1.20226	-.46441	-4.520	59	.000

Tabelul 2.1.14. Comparație la aria motrocitatea grosieă înainte și după parcurgerea de către copil a programului de intervenție

Calculul statistic a evidențiat o valoare a testului t care corespunde unui prag de semnificație p=0.01 (încredere de 95%), ceea ce semnifică confirmarea ipotezei.

Ipoteza numărul 5

Se prezumă că există diferențe în comportamentul general (utilizarea abilităților) înainte și după parcurgerea de către copil a programului de intervenție.

Pentru verificarea acestei ipoteze am folosit scorurile obținute la aria comportament general înainte și după parcurgerea programului de intervenție.

Următorul pas a fost verificarea formei distribuțiilor.

BCU "SIVIU CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

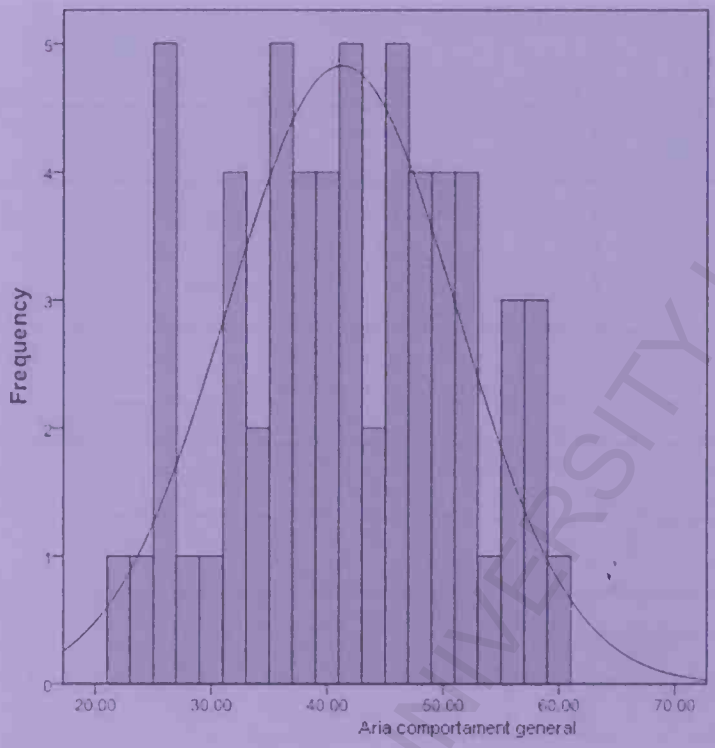


Fig.2.1.15. Distribuția răspunsurilor la aria comportament general înainte de parcurgerea planului de intervenție

În tabelul de mai jos sunt prezentate datele obținute în urma aplicării testului Shapiro Wilk.

Test de normalitate

SHAPIRO WILK

Statistic	Sig
.967	.674

Distribuția la test este normală.

Deoarece distribuțiile sunt simetrice am folosit testul t pentru eșantioane perechi (Tabelul 2.1.15).

BCU IAȘI CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

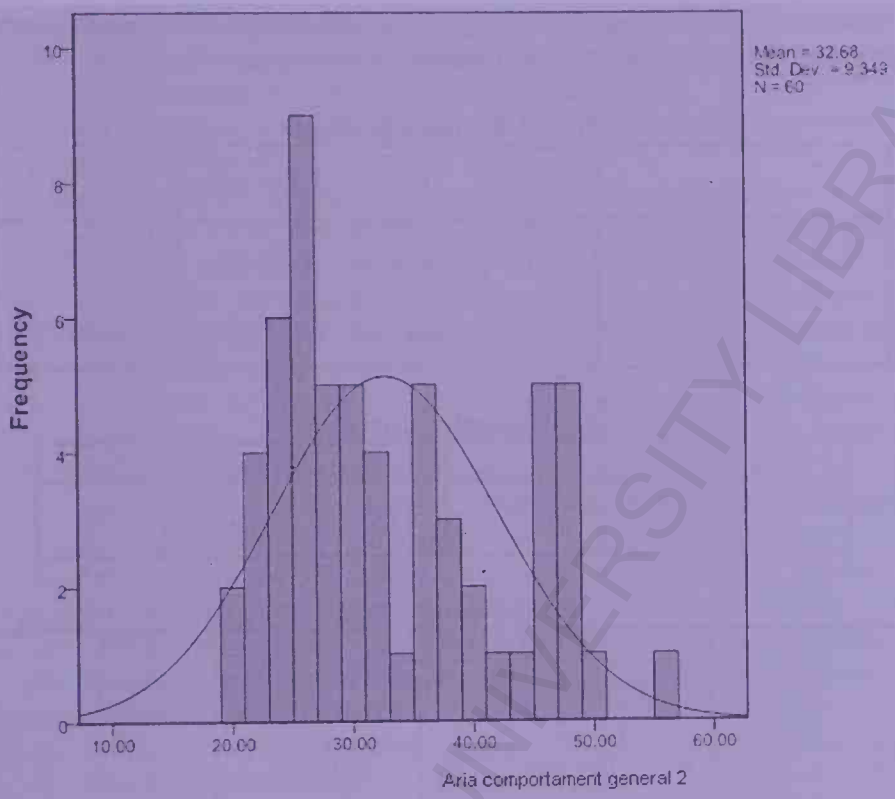


Figura 2.1.16. Distribuția răspunsurilor la Aria comportament general după parcurgerea planului de intervenție

În tabelul de mai jos sunt prezentate datele obținute în urma aplicării testului Shapiro Wilk.

Test de normalitate

SHAPIRO WILK	
Statistic	Sig
.950	.500

Distribuția la test este normală.

Deoarece distribuțiile sunt simetrice (conform testului Shapiro Wilk), am folosit testul t pentru eșantioane perechi (Tabelul 2.1.16).

BCU IAȘI CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Tabelul 2.1.17. Comparație Scala de comportament general înainte și după parcurgerea planului de intervenție

Paired Samples Statistics

		Mean	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
Pair 1	Comportament general	41.2333	60	9.91210	1.27965
	Comportament general 2	32.6833	60	9.34914	1.20697

Paired Samples Correlations

		N	Correlation	Sig.
Pair 1	Comportam. gen. & comport. gen. 2	60	.763	.000

Paired Samples Test

	Paired Differences					t	df	Sig. (2-tailed)
	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean	95% Confidence Interval of the Difference				
				Lower	Upper			
Pair 1 Comportam. gen.- comportam. gen. 2	8.55000	6.64965	.85847	6.83221	10.26779	9.960	59	Comportam. gen.- comportam. gen. 2

Calculul statistic a evidențiat o valoare a testului t care corespunde unui prag de semnificație p=0.01 (încredere de 95%), ceea ce semnifică confirmarea ipotezei.

1.2. Interpretarea calitativă a datelor

Ipoteza numărul 1

Se prezumă că există diferențe semnificative în aria personal-social înainte și după parcurgerea de către copil a programului de intervenție.

Calculul statistic a evidențiat o valoare a testului t care corespunde unui prag de semnificație p=0.01 (încredere de 95%), ceea ce semnifică confirmarea ipotezei și anume că există diferențe semnificative în ceea ce privește aria personal-social, adică interacțiunea cu alte persoane și capacitatea de a avea grijă de propriile nevoi.

BCU CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Confirmarea acestei ipoteze poate fi explicată pornind de la programul de intervenție, care cuprinde tipuri de programe destinate îmbunătățirii interacțiunii copilului cu alte persoane și capacității sale de autoservire.

Pentru confirmarea acestei ipoteze, în cadrul planului de intervenție am recurs la următoarele tipuri de programe:

- programul de abilități sociale care presupune conștientizarea copilului cu autism că se află în lecție, captarea și menținerea atenției câteva secunde, îndeplinirea unor acțiuni simple (comenzi simple, cum ar fi: să se ridice de pe scaun, să se așeze pe scaun, să se îndrepte spre terapeut atunci când este chemat, să răspundă la propriul nume atunci când este chemat);
- programul de autonomie personală prin formarea și dezvoltarea deprinderilor de igienă sanitară (exerciții practice de spălare și ștergere, exerciții practice de întreținere a igienei personale);
- introducerea jocului simbolic; copilul autist întâlnește dificultăți în activitățile ludice pe șase paliere:

1. Interacțiunea socială care se traduce prin lipsa inițiativei, precum și o dificultate de a înțelege regulile sociale.
2. Comunicarea, absența limbajului sau întârzierea în achiziția acestuia.
3. Imaginația care se traduce prin lipsa spontaneității și orientarea spre concret.
4. Comportamentele stereotipe.
5. Sensibilități senzoriale.
6. Cognitiv, adică lipsa empatiei, autocentrarea, incapacitatea de a înțelege substratul cuvintelor.

Astfel, jocul reprezintă manipularea obiectelor. Prin repetarea acțiunilor, copiii învață să anticipeze efectele comportamentelor lor asupra mediului.

A doua etapă în dezvoltarea activității ludice este jocul funcțional. Acesta se referă la folosirea corectă a jucăriilor, asocierea a două sau mai multe obiecte, imitarea adultului în diferite activități. Spre exemplu, plimbatul mașinii pe jos, culcatul păpușii, construcții lego, pieptănatul cu un pieptăne de jucărie etc. Jocul funcțional rar apare spontan la copiii autiști. El se învață în cadrul terapiei pe măsură ce copilului îi sunt prezentate formele corecte, potrivite social de a se juca cu diferite jucării. Spre exemplu, mașina merge pe jos cu roțile atingând podeaua, ea nu este folosită potrivit când este răsturnată și copilul îi învârte o roată.

A treia etapă este jocul simbolic, care apare în mod normal între vârsta de 2 - 3 ani. Acesta are trei forme fundamentale:

1. Înlocuirea obiectelor (vorbește la banană ca și la telefon).
2. Atribuirea proprietăților inexistente (masa uscată este udă și o șterge).
3. Imaginarea existenței unor obiecte (cana goală este plină cu ceai și îl bea).

Inițial, jocul simbolic se bazează pe obiecte concrete pentru ca la vârsta de 3 - 4 ani acestea să fie înlocuite de scenarii imaginate, povestite. Copilul autist nu-

BCU "LUCIAN BLAGA" UNIVERSITY LIBRARY

și formează singur aceste abilități. Jocul său este rudimentar stereotipic și bazat pe explorarea senzorială. Rămâne de datoria terapeutului de a-l învăța pe copil să se joace.

La început inițierea jocului este făcută de terapeut. Cea mai simplă formă de joc simbolic este asocierea unor gesturi cu zgomote amuzante (sorbitul ceaiului, sforăitul, onomatopee). Copilul va imita la început (duce mâna la gură ca și când bea, se culcă pe o parte ca și când doarme și sforăie) pentru ca pe parcurs el să învețe să simbolizeze singur diferite gesturi și să inițieze el jocul.

Pe măsură ce limbajul se dezvoltă în cadrul terapiei și jocul simbolic poate trece la un nivel superior, cum ar fi conversația cu jucăriile, dintre jucării, scenete jocuri de rol. Trebuie în permanență urmărită motivația copilului, intenția de a se juca, precum și preferința pentru anumite jocuri (unor copii le plac animalele, altora mașinile etc). Dezvoltarea optimă a jocului simbolic este condiționată de spațiu, timp, jucării, materiale, prezența altor copii. Dacă la începutul terapiei, terapeutul îl învață pe copil cum să se joace corect cu jucăriile, cum să le facă să interacționeze unele cu altele, mai târziu jocul simbolic trebuie „predat" de alți copii.

Tema de joacă: sarcini în casă - îngrijirea bebelușului, gătitul, curățenie, ritualuri zilnice, servirea ceaiului, petrecerea. Materiale necesare: păpuși, scutece, haine de bebeluși, cărucior, pătuț, bucătărie de jucărie, oale, tacâmuri de plastic, mâncare de plastic, masă și scaune, mătură și făraș, cârpe, șorturi, aspirator, mașină de spălat de jucărie, plastilină, forme de prăjituri.

Tema de joacă: evenimente sociale - ziua de naștere, petrecere, concursuri de dans, paradă, teatru de păpuși, petrecere în pijamale, karaoke, nuntă. Materiale necesare: hârtie de împachetat, coifuri de petrecere, confetti, lumânări, mese, scaune, tort de jucărie, jucării mici ce pot fi folosite ca premii, casetofon cu microfon.

Tema de joacă: meserii - jocul de-a doctorul, veterinarul, profesorul, vânzătorul, șoferul de autobuz, pilotul, chelnerul. Materiale necesare: trusă de doctor de jucărie, haine, pălării, pantofi, genți, portofele, mâncare de jucărie, tăvi, farfurii, bani de hârtie, volan de jucărie, scaune, mese, caiete, creioane, animale de pluș.

Acestea sunt câteva sugestii din multitudinea de jocuri care pot fi practicate în cadrul terapiei.

În concluzie, nu trebuie niciodată să uităm că jocul este o plăcere dar și o modalitate de învățare, de dezvoltare a limbajului, abilităților de comunicare, de dezvoltare cognitivă, dar mai ales dezvoltarea capacității de abstractizare.

Un alt aspect important este utilizarea în cadrul terapiei a camerei senzoriale, care are rolul de stimulare a abilităților, cum ar fi dezvoltarea senzorială (auz, văz, gust, miros, atingere), coordonare oculo-motorie, cauză-efect, dezvoltarea limbajului, controlul asupra mediului și relaxare.

Se lucrează la început pe miros, muzică, atingeri şi gusturi, ajungând la promovarea activităţii intelectuale şi încurajarea relaxării în timpul stimulării simţurilor copiilor.

Atenţia trebuie concentrată pe diferite experienţe senzoriale. Stimularea uşoară scade agitaţia copilului, îl linişteşte, îl relaxează, le place şi le creşte perioada de concentrare a atenţiei asupra unei sarcini.

Se decorează camera cu diferite lumini, se pictează geamurile, se pune muzică în cameră, se prezintă imagini relaxante. Pe podea se utilizează perne cu bile, perne de diferite texturi, covoare din piese sau spumă. Se utilizează efectele de lumini cum sunt proiectoarele care dispersează lumina în toată camera, lămpi, spoturi luminoase, lampă care face bule, lumini negre, lumini din fibră optică, jucării care se aprind sau fac zgomot, strălucesc în întunerie, sunt calde sau reci. Se mai pot monta un acvariu, oglinzi care nu se sparg, forme care reflectă lumina, baloane de săpun, jucării care pot fi simţite tactil, care vibrează, cum ar fi pensule, pămătuf, bile tactile colorate.

Efecte sonore utilizate ar fi: sunete din natură, muzică de copii, sunetele scoase de delfini.

Ipoteza numărul 2

Se prezumă că există diferenţe semnificative în aria motrocitatea fin-adaptativă înainte şi după parcurgerea de către copil a programului de intervenţie.

Calculul statistic a evidenţiat o valoare a testului t care corespunde unui prag de semnificaţie p=0.01 (încredere de 95%), ceea ce semnifică confirmarea ipotezei şi anume că există diferenţe semnificative în ceea ce priveşte aria motrocitatea fin-adaptativă, adică creşterea capacităţii de imitare a celorlalte persoane, finalizarea sarcinilor într-un anumit timp.

Motricitatea fină vizează utilizarea eficientă a mâinilor, formarea unor gesturi, praxii. Capacităţile care joacă un rol de bază în motricitatea fină sunt: stăpânirea mişcărilor fine ale degetelor şi ale mâinilor, formarea capacităţii de prindere şi manipulare a obiectelor, capacitatea de manevrare bimanuală a unor obiecte în raport cu alte sarcini. Abilităţile motricităţii fine sunt esenţiale în formarea unor deprinderi motorii, în formarea abilităţilor de scriere, desen sau a unor deprinderi profesionale.

Dezvoltarea motricităţii fine a copilului stă la baza unor aptitudini şi abilităţi esenţiale - desenare, scriere, îmbrăcare, dezbrăcare, înşiruirea şi prinderea lucrurilor etc.

Crearea aptitudinilor motorii fine presupune dezvoltarea mişcărilor degetelor şi ale mâinilor în vederea autoservirii sau a realizării unor activităţi uzuale. Ea implică coordonarea mână-ochi, a degetelor, mobilitatea articulară, forţa musculară etc.

Confirmarea acestei ipoteze poate fi explicată pornind de la programul de intervenţie, care cuprinde tipuri de programe destinate îmbunătăţirii utilizării diferitelor obiecte pe perechi.

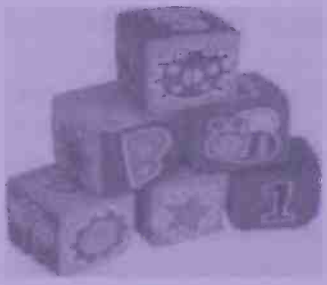
În vederea realizării acestui obiectiv s-a ales programul de imitație cu obiecte. Copilul învață să imite acțiunile celorlalți: s-au utilizat perechi de obiecte. Exemple de target-uri: „manevrarea obiectelor", „sună din clopoțel" („scutură din clopoțel"), „amestecă lingura în castron", „bate toba", „aruncă mingea", „sună din cilindru", „piaptănă/periază părul", „scutură tamburina", „învârte", „suprapune lego", „claxonează", „ridică o cană la gură", „lovește din bețe", „împinge mașina", „pune ochelarii de soare", „bate din palme cu lego", „încarcă/descarcă camionul cu lego", „aruncă mingea", „cântă la pian", „leagănă păpușa", „răspunde la telefon", „suflă din fluier", animale, păsări care fac diverse mișcări. Alte activități specifice dezvoltării motricității fine sunt umplerea stielelor cu diferite piese sau bile.

După ce această activitate a fost masterată, copilul trebuie să-și însușească sarcina de golire a acestora, dar aceasta presupune o mai multă precizie, fiind una dintre aptitudinile mai grele de motricitate fină pe care le va rezolva copilul. Tot în cadrul aceluiași program, copilul poate să își dezvolte această abilitate prin diverse activități care presupun introducerea și scoaterea obiectelor din cutii.

Îmbrăcarea și dezbrăcarea păpușilor sau chiar tentativele lui de a se dezbrăca ajută foarte mult la practicarea coordonării mâinilor și degetelor. Este indicat să fie încurajat și să îi fie arătat mereu cum să facă aceste lucruri și să i se faciliteze efortul prin alegerea unor piese vestimentare practice și ușor de manevrat (pantaloni cu elastic, nasturi mari etc).

Un alt program pentru dezvoltarea motricității fine vizează activitatea de desen prin imitație. În cadrul acestui program, copilul trebuie îndreptat să-și însușească abilitatea de a realiza diverse linii imitându-l pe terapeut, cum ar fi: realizarea de linii verticale, orizontale, puncte, apoi figuri geometrice simple (cerc, triunghi, pătrat).

Programul de construire a unui bloc de cuburi prin imitație, pentru început, alăturarea unor piese de puzzle, introducerea unor cercuri colorate pe un suport constituie alte metode utile de a dezvolta motricitatea fină a copilului. Folosirea cât mai frecventă a mâinilor prin prinderea de diverse obiecte, utilizarea plastilinei pentru a strânge în mână, înșiruirea de mărgele sau paste făinoase pe un șnur.



BCU TASUCENTRALA UNIVERSITARA

De asemenea, am recurs în îndeplinirea obiectivului la diverse sarcini din cadrul metodei TEACCH, cum ar fi: punerea de diferite obiecte ce presupun texturi diferite, sarcini care ajută la îmbunătățirea mânuirii adecvate a obiectelor de mici dimensiuni (de exemplu: sortarea-punerea dintr-un recipient în altul a pufurilor demachiante cu ajutorul unui cleşte de gheaţă etc).

Ipoteza numărul 3

Se prezumă că există diferenţe semnificative în aria limbaj înainte şi după parcurgerea de către copil a programului de intervenţie.

Calculul statistic a evidenţiat o valoare a testului t care corespunde unui prag de semnificaţie p=0.01 (încredere de 95%), ceea ce semnifică confirmarea ipotezei şi anume că există diferenţe semnificative în ceea ce priveşte aria limbaj, adică dezvoltarea comunicării şi o mai bună interacţiune cu ceilalţi şi, nu în ultimul rând, realizarea cu uşurinţă a unor cerinţe sau nevoi.

Tulburările de limbaj reprezintă rezultatul disfuncţiilor intervenite în recepţionarea, înţelegerea, elaborarea şi realizarea comunicării scrise şi orale din cauza unor afecţiuni de natură organică, funcţională, psihologică sau educaţională care acţionează asupra copilului mic în perioada apariţiei şi dezvoltării limbajului.

Se estimează faptul că o treime dintre autişti nu reuşesc achiziţionarea nici unui limbaj şi o altă treime nu dezvoltă decât un limbaj rudimentar. Progresele înregistrate de copiii autişti sunt influenţate de gravitatea autismului (sever, mediu, uşor), de vârsta la care copiii încep terapia.

Tulburările comunicării se împart în două mari categorii:

a) tulburările comunicării preverbale;

b) tulburările limbajului propriu-zis.

Prima categorie se caracterizează prin absenţa gestului de indicare (pointing) şi a gesturilor menite să atragă atenţia celor din jur asupra unui obiect, a unei situaţii, absenţa gesturilor de comunicare a dorinţelor într-o manieră adecvată. La copiii autişti apare o sărăcie gestuală comunicativă, actele de limbaj comunicativ fiind foarte sărace şi limitate de multe ori la acte de cerinţă sau protest. De multe ori, aceşti copii îşi exprimă dorinţele şi emoţiile prin comportamente aberante, cum ar fi ţipetele, heteroagresivitatea, agresivitatea. Spre deosebire de copiii surzi sau a celor cu tulburări specifice de limbaj, copiii autişti nu dezvoltă modalităţi nonverbale de emitere a unor mesaje.

La fel de evidente sunt şi deficitele în ceea ce priveşte gestica şi mimica ce însoţesc limbajul, absenţa expresiilor faciale, a zâmbetelor care acompaniază în mod normal un dialog, precum şi incapacitatea de a interpreta expresiile faciale văzute la alţii. Există şi cazuri în care copiii încep să prezinte semne de autism mai târziu. Aceştia au prezentat lalaţiune, au gângurit în primele şase luni de viaţă, chiar au spus câteva cuvinte, dar aceste achiziţii se pierd apoi odată cu instalarea autismului.

O caracteristică a tulburărilor limbajului propriu-zis este ecolalia (repetarea în ecou). Ceea ce trebuie precizat este faptul că ecolalia serveşte uneori scopurilor de comunicare. În unele cazuri, ecolalia poate transmite lipsa

înțelegerii, motiv pentru care utilizarea acesteia crește în situațiile în care copiii nu înțeleg ceea ce li se cere sau li se spune. În alte cazuri, ecolalia are semnificația de cerere („Vrei ciocolată?" înseamnă „Vreau ciocolată!") Acest lucru se întâmplă deoarece copilul autist asociază fraza cu evenimentul, fără a surprinde semnificația frazei.

O adevărată problemă pentru copiii autiști este utilizarea adecvată a pronumelui personal și posesiv. Una dintre explicațiile erorii de utilizare a pronumelui susține că autistul este profund confuz în legătură cu propria sa identitate. Un argument foarte simplu îl constituie efectuarea comportamentului care ar urma în mod logic după o utilizare greșită a pronumelui. Dacă atunci când copilul autist spune: „Tu vrei ciocolată!" vei mânca acea ciocolată cu siguranță că protestele nu vor întârzia să apară.

Se întâmplă așa tocmai pentru că autistul nu se referea la tine, ci la propria persoană de care este perfect conștient, numai că problema a apărut în exprimarea verbală. Această eroare de exprimare este cauzată de faptul că pronumele este relativ la vorbitor și la ascultător, iar autiștii – așa cum subliniam și mai devreme - au tendința de a învăța prin asociere.

În cazul pronumelui asocierea nu este constantă, din contră, raporturile se tot schimbă și atunci apare confuzia la nivelul exprimării verbale. Dacă am renunța la folosirea pronumelor și am folosi în mod invariabil numele fiecărei persoane, cu siguranță autiștii și-ar exprima corect dorințele și impresia de confuzie în ceea ce privește identitatea propriei persoane ar dispărea.

L. Bloom vorbește de dificultăți de învățare a formei limbajului (învățarea fonologică, morfologică și sintactică), conținutului limbajului și de dificultăți în ceea ce privește utilizarea limbajului. De subliniat este faptul că în cazul autiștilor care reușesc interiorizarea formei și conținutului limbajului se menține dificultatea utilizării lor adecvate și eficiente în comunicare, motiv pentru care este foarte importantă descoperirea de către copil a funcționalității limbajului, a dorinței de a comunica. Și aici nu mă refer doar la comunicarea dorințelor, ci la a provoca autiștii ajunși la un nivel avansat în terapie „să comunice de dragul comunicării". Acest lucru este foarte greu de realizat, dar joacă un rol vital în integrarea finală a copilului autist în societate.

Prezint în continuare o listă ce cuprinde particularitățile limbajului și comunicării copilului autist (cu precizarea că la fiecare dintre ei acestea se află într-o combinație unică, la un anumit nivel de gravitate și că întotdeauna pornind de la aceste două aspecte se realizează intervenția terapeutică viitoare):

- Dificultatea/incapacitatea de a pune întrebări;
- Dificultatea/incapacitatea de a obține și reține o informație utilă;
- Dificultatea/incapacitatea de a avea comentarii la obiect;
- Dificultatea/incapacitatea de a susține un monolog coerent, consistent și continuu;
- Dificultatea/incapacitatea de a solicita atenția unui partener de discuție;

BCU IAȘI

- Dificultatea/incapacitatea de a înțelege sensul figurat al unor exprimări și de a da sens figurat unor exprimări;
- Dificultatea/incapacitatea de a prelua și dezvolta ideile altei persoane;
- Dificultatea/incapacitatea de a schimba cursul discursului în direcția dorită;
- Dificultatea/incapacitatea de a combate rațional ideile pe care nu le împărtășește;
- Lipsa reacției la vorbire;
- Nu răspund la comenzile verbale și au o reacție întârziată la apelul numelor lor;
- Pronunție defectuoasă;
- Ecolalie imediată/întârziată;
- Absența sau utilizarea neadecvată a cuvintelor de legătură;
- Substituie cuvintele cu altele apropiate ca sonoritate, semnificație, utilitate;
- Îmbinarea cuvintelor în ordine greșită în propoziții;
- Prezența unui vocabular sărac;
- Exprimarea printr-o vorbire „economicoasă", lipsită de intonație, flexibilitate, dezagreabilă (stil telegrafic);
- Utilizarea unor formulări verbale stereotipe și repetitive;
- Limbajul nu apare la vârsta obișnuită;
- Absența limbajului nu se însoțește de nicio încercare de comunicare gestuală sau mimică;
- Inversarea pronumelui (utilizarea lui „Tu" pentru a vorbi despre sine);
- Asimilarea mai ușoară și utilizarea cu o frecvență mai mare a cuvintelor concrete (nume de obiecte, comenzile de a realiza o sarcină simplă);
- Dificultatea/incapacitatea de înțelegere și utilizare în conversație a cuvintelor abstracte (glume, emoții, atribute complexe, ca de exemplu: harnic/leneș, vinovat/nevinovat, cuminte/obraznic etc);
- Diferențe foarte mari între numărul cuvintelor din vocabularul pasiv (limbajul receptiv) și cel activ;
- Dificultăți în discriminarea întrebărilor și cerințelor adresate;
- Lipsa contactului vizual în timpul conversației;
- Dificultatea/incapacitatea de înțelegere și folosire adecvată a elementelor de limbaj paraverbal (semnale transmise prin voce: intonație, accent, dicție, volum, ritm, pauze, modulații) și nonverbal (semnale transmise prin corp: postură, mimică, gestică, zonă și distanță).

Acest lucru stă în mare parte la baza dificultăților de interacțiune socială care presupun în mod evident comunicare. Cercetările au arătat că din totalul mesajelor emise de o persoană, 7% sunt verbale, 28% paraverbale și 65% nonverbale.

BCU "ALECU RUSSO" BALTI UNIVERSITY LIBRARY

Aș vrea să mai adaug faptul că la 6 ani vocabularul minim unui copil normal este de 1500 de cuvinte, mediu de 2000 de cuvinte și maxim de 2500 (este vorba de vocabularul pasiv care depășește ca număr de cuvinte vocabularul activ). La sfârșitul școlarității mici, progresul în ceea ce privește asimilarea și utilizarea cuvintelor din vocabularul limbii este evident, din totalul de 4000 - 4500 de cuvinte ale vocabularului total, 1500 - 1600 de cuvinte fac deja parte din vocabularul activ.

Confirmarea acestei ipoteze poate fi explicată pornind de la programul de intervenție, care cuprinde tipuri de programe destinate îmbunătățirii comunicării.

Pentru confirmarea acestei ipoteze am recurs la utilizarea sistemului de comunicare prin imagini PECS (Picture Exchange Comunication).

Prima fază a sistemului de comunicare prin schimb de imagini (PECS) a presupus determinarea copilului să inițieze solicitarea unui obiect sau a unei activități. Pentru aceasta a fost necesară identificarea lucrurilor sau activităților care stârnesc interesul copilului, fapt ce a necesitat participarea membrilor familiei la primele ședințe de terapie.

Modul în care această terapie a decurs a fost următorul: primul adult a fost persoana care a interacționat cu copilul, oferindu-i acestuia unul dintre obiectele personale care îi stârnesc interesul. Rolul celui de-al doilea părinte a fost acela de a sta în spatele copilului până în momentul în care acesta a dat de înțeles că își dorește obiectul respectiv. În momentul în care acest lucru s-a produs, cel de-al doilea adult a trebuit să ajute copilul să ridice poza obiectului respectiv și să o înmâneze primului adult.

Pentru a-și putea asimila performanța aceasta, copilul a trebuit să primească imediat o recompensă, însoțită de un comentariu simplu, precum: „O, vrei mingea!" În acest moment, ajutorul celei de-a doua persoane a trebuit sistat până în momentul în care copilul a schimbat din proprie inițiativă poza cu obiectul propriu-zis.

Scopul sistemului de comunicare prin schimb de imagini (PECS) este acela de a învăța copilul să fie el însuși inițiatorul comunicării.

Odată ce copilul a început să stăpânească tehnica inițierii procesului de comunicare s-a trecut la următoarea fază a sistemului de comunicare prin schimb de imagini (PECS). În această fază, copilul a fost încurajat să-și extindă abilitățile dobândite anterior spre o sferă mai largă de interes.

De asemenea, distanțele pe care a trebuit să se deplaseze pentru a ajunge la imaginea obiectului de interes a fost mai mare, mărindu-se totodată și numărul persoanelor implicate în procesul de comunicare de la părinți la frați, surori, bunici și chiar colegii de școală.

În cea de-a treia fază a sistemului de comunicare prin schimb de imagini (PECS) copilul a început să învețe să facă alegeri independente, precum și să aleagă dintr-un număr de obiecte prezentate pe cel care îi stârnește interesul.

Odată ce copilul a ajuns să stăpânească abilitatea de a face alegeri independente în privința unei varietăți largi de obiecte, activități, interacționând cu

BCU CLUJ / CENTRALA UNIVERSITARĂ / LIBRARY

un număr mare de persoane şi în diverse medii, faza a patra a avut rolul de a-l ajuta să-şi exprime dorinţele în fraze. În acest sens vor fi, pentru început, asociate o imagine cu verbul: „Vreau" şi obiectul ales de copil.

Fazele cinci şi şase sunt întotdeauna aplicate în acelaşi timp, concentrându-şi atenţia pe extinderea abilităţilor dobândite până în acest moment spre construirea unor fraze mai lungi şi elaborate.

Am mai utilizat în planul de intervenţie următoarele programe:

- abilităţi de limbaj receptiv: îndeplinirea de comenzi simple; identificarea părţilor corpului;
- identificarea diverselor obiecte din mediu; identificarea unor imagini cu diferite obiecte;
- identificarea persoanelor familiare; îndeplinirea de comenzi care presupun verbe; identificarea verbelor în imagini;
- identificarea imaginilor în mediu; indicarea de imagini, cu degetul, într-o carte; identificarea obiectelor prin funcţia acestora;
- identificarea posesiei;
- identificarea sunetelor din mediu (animale, diverse zgomote din mediu: sunetul telefonului, soneria, zornăitoarea, sunetul ceasului etc);
- abilităţi de limbaj expresiv: indicarea spre itemii doriţi ca răspuns la întrebarea: „ce vrei?";
- indicarea spontană către itemii doriţi; imitarea de sunete şi cuvinte; denumirea obiectelor familiare; denumirea imaginilor cu diverse obiecte din mediu; cererea verbală a unor itemi doriţi; exprimarea sau gesticularea „da" - „nu" pentru itemii preferaţi şi pentru cei respinşi;
- denumirea persoanelor familiare;
- realizarea unei alegeri;
- oferirea unui răspuns când acesta este salutat; oferirea unui răspuns la întrebările sociale;
- denumirea verbelor în imagini, la sine şi la alţii; denumirea obiectelor după funcţia (utilitatea) lor; denumirea posesiei.

Ipoteza numărul 4

Se prezumă că există diferenţe semnificative în aria motrocitatea grosieră înainte şi după parcurgerea de către copil a programului de intervenţie.

Calculul statistic a evidenţiat o valoare a testului t care corespunde unui prag de semnificaţie p=0.01 (încredere de 95%), ceea ce semnifică confirmarea ipotezei şi anume că există diferenţe semnificative în ceea ce priveşte aria motrocitatea grosieră, adică copilul este capabil să execute acţiuni simple, să îl imite pe terapeut în ceea ce priveşte anumite mişcări.

Întârzierea înregistrată în aria motricităţii grosiere se datorează în primul rând întârzierii din sfera socio-afectivă sau a unor dificultăţi de integrare senzorială, de aceea terapeutul trebuie să ţină cont în stabilirea obiectivelor terapeutice atât de tonus muscular scăzut, postura corporală, dezvoltarea

BCU CLUJ CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

motricității grosiere, cât și de îmbunătățirea interacțiunii și a stabilirii contactului vizual cu copilul.

Confirmarea acestei ipoteze poate fi explicată pornind de la programul de intervenție, care cuprinde tipuri de programe destinate îmbunătățirii motricității grosiere, cum ar fi: îndeplinirea de acțiuni simple fără obiecte (de exemplu: să se întoarcă, să sară în sus, să urce scările) sau îndeplinirea de acțiuni complexe cu obiecte (să arunce mingea în față, să se aplece după un obiect și să revină la poziția inițială). În cazul dezvoltării ariei motricitate grosieră, trebuie avute în vedere următoarele activități: bătut în masă, bătutul din palme, făcut cu mâna, ridicat mâinile în sus, tropăit, dat din picioare, scuturat capul, dat din cap, întoarcere, acoperirea feței cu mâna, lovirea umerilor ușor, sărit, rotirea brațelor, lovirea ușoară a stomacului, mersul în pas de marș, întinderea brațelor în față, ciocănitul, punerea mâinilor pe șolduri, frecarea palmelor una de cealaltă, lovirea ușoară a capului. De asemenea, unii copii pot învăța imitația mediată de obiect, cum ar fi: sunat din clopoțel, aruncarea cubului în găleată mai repede decât mișcările grosiere.

Activitățile motrice sunt o componentă importantă a programelor educative, mișcarea ajutând copilul nu doar din punct de vedere motor, ci și emoțional și social. Copiii autiști pot avea deficiențe în ceea ce privește forța musculară, coordonarea, echilibrul, însușirea deprinderilor motrice de bază și utilitare, funcțiile senzorio-motrice, motricitatea fină și capacitatea de relaxare.

La copiii autiști dezvoltarea motricității are importanță majoră, prin aceea că este implicată în deprinderile motorii și apoi în deprinderile de muncă, absolut necesare unui copil autist pentru a face față exigențelor vieții sociale.

Obiectivele urmărite prin programul de psihomotricitate sunt:

- dezvoltarea motricității generale (a aptitudinilor motrice și a deprinderilor motrice);
- dezvoltarea motricității fine și a îndemânării motorii, necesare autoservirii și diverselor activități cu caracter practic;
- educarea echilibrului static și dinamic;
- educarea ritmului și a coordonării mișcărilor;
- dezvoltarea dominanței laterale;
- dezvoltarea capacității de percepție, orientare și organizare spațio-temporală;
- formarea percepției corecte a schemei corporale.

Ipoteza numărul 5

Se prezumă că există diferențe semnificative în aria comportamentului general înainte și după parcurgerea de către copil a programului de intervenție.

Calculul statistic a evidențiat o valoare a testului t care corespunde unui prag de semnificație p=0.01 (încredere de 95%), ceea ce semnifică confirmarea ipotezei și anume că există diferențe semnificative în ceea ce privește aria comportamentului general, adică se dezvoltă un comportament echilibrat prin structurarea spațiului, a timpului.

Confirmarea acestei ipoteze poate fi explicată pornind de la programul de intervenție, care cuprinde tipuri de programe destinate îmbunătățirii limbajului receptiv și expresiv.

Această ipoteză a putut fi realizată prin utilizarea metodei de predare-învățare TEACCH. Acest sistem pune mare preț pe adaptarea mediului la caracteristicile copiilor cu autism.

Cel mai potrivit tip de intervenție, terapie pentru persoanele cu autism trebuie să mențină un echilibru între adaptarea la nevoile specifice ale acestora și adaptarea la cerințele societății.

O caracteristică a copiilor cu autism o reprezintă dificultățile la nivelul limbajului receptiv (adesea copilul nu înțelege limbajul atât de bine cât ar putea crede terapeutul că acesta poate) și expresiv (nu își poate comunica nevoile din cauza inexistenței sau a insuficienței limbajului necesar comunicării).

Slaba memorie secvențială îl împiedică pe copil să rețină ordinea evenimentelor (chiar și a celor familiare), să știe când se va întâmpla ceva. De multe ori puțin capabil sau chiar incapabil de a-și organiza sau de a pune limite la propriul comportament și nu înțelege sau nu cunoaște regulile sociale. Toate acestea îl determină să încerce să atragă atenția celorlalți într-un mod neadecvat sau să prefere să fie singur. Hiper-senzitivitatea la diverși stimuli poate provoca adesea manifestări mai agitate. Ușurința cu care îi poate fi distrasă atenția, dificultățile de percepție și de organizare a timpului sunt alte probleme de care trebuie să se țină seama în procesul instructiv-educativ.

Structura și organizarea clasei sau a altor spații în care se produce învățarea, în funcție de nivelul de înțelegere a copilului, elevului, s-a dovedit a fi de mare ajutor în eliminarea sau ameliorarea problemelor, consecințe ale deficitelor generate de autism. Structura înseamnă organizarea spațiului fizic al clasei, a timpului (orar/plan) și a metodelor de predare-învățare și a activităților (crearea de situații de învățare predictibile).

Structurarea spațiului fizic în care are loc învățarea înseamnă o anumită aranjare a spațiului/mobilierului clasei, încât copilul să poată învăța să funcționeze independent și cât mai eficient posibil.

Pentru copiii mai mici spațiile în care se produce învățarea sunt: pentru activități individuale și independente (structurate, relativ „închise" în ideea evitării la maximum a distragerii atenției copilului), pentru activități de grup, pentru gustare, pentru dezvoltarea abilităților prevocaționale, spațiul profesorului, spații pentru lucrurile personale ale copiilor. Pentru că mulți copii cu autism au probleme de organizare - nu știu unde trebuie să ajungă și cum să ajungă cel mai simplu undeva și au dificultăți de receptare a limbajului, adesea nu înțeleg regulile sau indicațiile verbale - folosirea indicatorilor vizuali îi poate ajuta să înțeleagă ce au de făcut și contribuie totodată la dezvoltarea comunicării verbale și nonverbale. Suportul vizual este de mare ajutor în înțelegerea limbajului indiferent de cât de dezvoltat este limbajul oral, acest suport este o unealtă prețioasă, care le permite să-și exprime dorințele, nevoile etc.

Structurarea timpului se materializează în existența a două tipuri de orare folosite simultan: orarul general, de lucru în clasă, în care se specifică tipul de activități desfășurate pe parcursul unei zile (se arată când copiii lucrează sau când fac alte activități). Orarul individual de lucru al fiecărui copil în parte. Aceste planuri sunt vizualizate (ilustrate, desene, obiecte etc) potrivit nivelului de înțelegere și abstractizare al fiecărui copil.

Orarele individuale țin seamă de potențialul și nivelul abilităților individuale (ex. în orarul unui copil sunt prevăzute două-trei activități într-o perioadă de timp, în al altuia o singură activitate în aceeași perioadă de timp) și preferințele pentru anumite activități (se alternează activitățile plăcute cu cele mai puțin plăcute pentru copil).

Folosirea cu consecvență a unor orare clare facilitează obținerea unui cadru de învățare coerent și fluent și permite ca mult mai mult timp să fie alocat unei învățări reale, evitându-se astfel permanenta reorganizare și replanificare care se face pe seama timpului destinat copilului, formării sau consolidării unor deprinderi ale acestuia. Odată ce copilul învață să înțeleagă și să urmărească/să urmeze orarul, el își dezvoltă abilități de funcționare independentă și de orientare, abilități care sunt deosebit de importante pentru funcționarea cu succes și în alte locuri.

Valorizarea maximă a potențialului copilului și dezvoltarea maximă a independenței de funcționare (acasă, la școală, la lucru, în comunitate) a acestuia sunt obiectivele principale în educația unui copil cu autism, indiferent de nivelul IQ al acestuia. Sistemul de lucru și activitățile, sarcinile pe care le face fiecare copil sunt structurate.

Sistemul de lucru este individualizat în funcție de nevoile copilului și arată copilului:

- ce activități trebuie să facă;
- câte activități va trebui să facă;
- când ansamblul activităților este terminat;
- ce va face după realizarea activităților/sau ce va primi.

1.3. Programul de intervenție

În urma aplicării testului Denver, am putut realiza un plan de intervenție pentru copiii cu autism studiați, având la bază rezultatele și prelucrarea datelor la test. Astfel, pentru fiecare arie din cadrul ipotezelor de lucru am elaborat programul de intervenție specific în vederea optimizării funcționalității copilului cu autism.

În cadrul ariei personal social, am introdus ca programe de lucru următoarele sarcini:

- realizarea contactului vizual cu terapeutul (copilul trebuie să privească pentru câteva secunde fața terapeutului; acesta din urmă se poate ajuta în cadrul programului de câțiva stimuli pentru a-i atrage atenția

BCU IASI CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

copilului, cum ar fi: stimuli luminoși, itemi preferați de către copil, atât alimentari cât și jucării);

- introducerea programului de autoservire (autonomie personală): copilul prin imitație este învățat să servească masa independent, să se spele, să se șteargă pe mâini, să bea din cană, să își folosească adecvat lingura sau furculița, să își scoată pantalonii, să își îmbrace pantalonii);
- să indice itemul dorit (copilul trebuie să arate cu degetul obiectul pe care acesta și-l dorește de pe masa de lucru);
- imitație fără obiecte (îndeplinirea de acțiuni simple întocmai ca terapeutul, cum ar fi: să bată din palme, să facă pa);
- imitație cu obiecte (copilul trebuie să realizeze acțiuni întocmai ca terapeutul utilizând obiecte din mediu, cum ar fi: să bea din cană, să vorbească la telefon, să șteargă masa de lucru);
- indicarea părinților (copilul trebuie să arate la cererea terapeutului părinții săi);
- jocul cu mingea (copilul trebuie să ruleze mingea de la acesta spre terapeut).

În cadrul ariei motricitate fină (adaptabilitate), am introdus următoarele programe de lucru:

- fixarea atenției (copilul trebuie să urmărească cu privirea un obiect din mâna terapeutului care se mișcă stânga-dreapta);
- itemul dorit (copilul trebuie nu doar să arate în cadrul acestui program obiectul care și-l dorește ci să și inițieze acțiunea prin care el ajunge la obiectul dorit);
- imitație cu obiecte (trecerea cubului dintr-o mână în alta, punerea cubului în cană, scoaterea cubului din cutie, întocmai ca terapeutul);
- îndeplinirea de acțiuni simple (copilul trebuie să ia diverse obiecte de pe masa de lucru);
- utilizarea sarcinilor TEACCH pentru dezvoltarea motricității (să apuce diverse obiecte cu mâna, să pună pufuri demachiante în cadrul unei cutii folosindu-se de o pensă de gheață);
- imitație grafică (să mâzgălească pe foaia de hârtie, să facă un cerc, o linie verticală, un pătrat, un omuleț);
- imitație fără obiecte (să miște degetul mare ținând pumnul strâns - cu degetul mare îndreptat în sus și cu pumnii strânși, copilul trebuie să îl miște întocmai ca terapeutul).

În ceea ce privește aria limbaj, copilul trebuie să mastereze următoarele programe:

- să reacționeze la stimuli sonori (copilul trebuie să miște capul spre zgomotul scos de clopoțel);
- vocalizare (copilul trebuie să imite scurte vocale, cum ar fi: „Uuu", „Eeee");

- dezvoltarea motricității aparatului fonoarticulator (copilul trebuie să realizeze mișcări cu limba, cum ar fi scos limba, dus limba sus, jos, stânga, dreapta, la fel ca terapeutul);
- rostire de monosilabe (copilul trebuie să rostească monosilabe formate din consoană și vocală, cum ar fi: „ba", „da", „ga", „ma");
- imitare orală (copilul trebuie să imite sunetele vorbirii, cum ar fi: un tușit);
- indicarea de imagini (să arate diverse obiecte din mediu);
- numirea de imagini (dacă copilul a masterat aria limbaj, terapeutul poate să îi ceară să denumească obiectul din imagine);
- indicarea părților corpului (copilul trebuie să indice la cerere diverse părți ale corpului său, de exemplu: nas, urechi, gură);
- utilizarea sistemului de comunicare prin imagini PECS (Picture Exchange Comunication);
- cunoașterea acțiunilor (copilul trebuie să recunoască acțiunile din imagini);
- cunoașterea culorilor (copilul trebuie să mastereze culorile primare);
- cunoașterea prepozițiilor (copilul trebuie să pună diferite obiecte pe masa de lucru, sub masă, la dreapta mesei, așa cum terapeutul îi cere).

La baza ariei motricității grosiere, am utilizat următoarele programe de lucru:

- interacțiune socială (copilul, la cererea terapeutului, trebuie să îndeplinească acțiunea de ridicat în picioare, după care, după o pauză de câteva secunde, acesta trebuie să se așeze, la cererea terapeutului);
- îndeplinirea de acțiuni simple (să vină înspre terapeut la cerere, să meargă, pentru a observa mersul acestuia și timpul alocat acestei sarcini, să urce scările, să meargă cu spatele, să alerge). Întotdeauna, acest program se trece în imitație, pentru ca, treptat, copilul să mastereze această sarcină corect și adecvat;
- Imitație cu obiecte (aruncarea mingii în față spre terapeut, lovirea mingii cu piciorul înainte);
- Exerciții de menținerea echilibrului (stat într-un picior, sărit într-un picior).

1.4. Concluzii și implicații pentru practica psihologică

Am realizat studiul corelativ pe un eșantion format din 60 de participanți, copii diagnosticați cu autism din cadrul Centrului de Copii cu Autism Constanța.

Am analizat pe rând fiecare arie din testul Denver pentru a vizualiza și estima obiectiv comportamentul general al copilului cu autism. Acest test m-a ajutat în detectarea mult mai facilă a posibilelor tulburări de dezvoltare a copilului, de posibile probe pe care acesta le înregistrează pe diferite arii.

BCU MIRCEA CEL BĂTRÂN UNIVERSITY LIBRARY

Am optat pentru exploatarea diferitelor funcții din testul Denver, cum ar fi: funcția personal-social, funcția motricității fine, funcția de limbaj, funcția motricității grosiere, funcția comportament general.

Astfel, am emis ipoteze pe baza acestor funcții în vederea realizării, în urma interpretării datelor, a unui program de intervenție specific pentru fiecare arie.

Prima ipoteză a avut în vedere existența unor diferențe semnificative în aria personal-social înainte și după parcurgerea de către copil a programului de intervenție.

Pentru verificarea acestei ipoteze am folosit scorurile obținute la aria personal-social înainte de parcurgerea de către copil a programului de intervenție și scorurile obținute la aceeași scală, însă, după participarea la programul de intervenție.

Pentru funcția personal-social, am avut în vedere comunicarea, adaptarea copilului autist la mediu și la celelalte persoane din jur, de asemenea, am urmărit interesele copilului pentru nevoile proprii. Am luat în considerare introducerea programelor de bază pentru consolidarea autonomiei personale, pentru realizarea unui contact vizual adecvat cu terapeutul.

A doua ipoteză a avut în vedere existența unor diferențe semnificative în aria motrocitatea fină (adaptabilitate) înainte și după parcurgerea de către copil a programului de intervenție. Pentru verificarea acestei ipoteze am folosit scorurile obținute la aria motrocitate fină (adaptabilitate) înainte de parcurgerea de către copil a programului de intervenție și scorurile obținute la aceeași scală, însă, după participarea la programul de intervenție.

Funcția de motricitate fină a presupus coordonarea ochi-mână, mânuirea de obiecte mici și rezolvarea de către copil a unor sarcini. În vederea confirmării acestei ipoteze am recurs la programe de imitație simplă fără obiecte, imitație cu obiecte, realizarea unei acțiuni de construcție a unui turn folosind mai multe piese (4, 6, 8), program de imitație grafică (să realizeze diverse forme geometrice pe foaia de hârtie).

A treia ipoteză a avut în vedere existența unor diferențe semnificative în aria limbaj înainte și după parcurgerea de către copil a programului de intervenție. Pentru verificarea acestei ipoteze am folosit scorurile obținute la aria limbaj înainte de parcurgerea de către copil a programului de intervenție și scorurile obținute la aceeași scală după participarea la programul de intervenție.

Funcția limbaj a presupus dezvoltarea auzului, dezvoltarea capacității de înțelegere, folosirea corectă și funcțională a limbajului. Pentru a îndeplini această ipoteză am recurs la programe specifice, cum ar fi: vocalizarea, oral motor, verbalizarea (emiterea de vocale, de monosilabe compuse dintr-o consoană și o vocală, cum ar fi: „ba", „ma", „ga"), programul de răspuns la nume - atunci când copilul își aude numele său, acesta ar trebui să întoarcă privirea spre terapeutul sau persoana care l-a strigat.

De asemenea, am utilizat programul de receptiv obiecte (în imagini și real), programul de receptiv acțiuni în imagini, programul de însușire a culorilor de bază, programul de însușire a părților corpului.

Am recurs, de asemenea, la utilizarea comunicării prin imagini PECS (Picture Exchange Comunication), în vederea realizării unei comunicări funcționale a copilului cu autism.

A patra ipoteză a avut în vedere existența unor diferențe semnificative în aria motricitate grosieră înainte și după parcurgerea de către copil a programului de intervenție. Pentru verificarea acestei ipoteze am folosit scorurile obținute la funcția de motricitate grosieră înainte de parcurgerea de către copil a programului de intervenție și scorurile obținute la aceeași scală după participarea la programul de intervenție.

Această arie are drept scop însușirea capacității fizice a copilului cu autism, adică am recurs la elemente din sport pentru a vizualiza, identifica și lucra pe șederea copilului pe scaun, mersul acestuia adecvat (și nu pe vârfuri), săritul în sus, dezvoltarea mișcărilor musculare ample și globale ale copilului autist.

În vederea atingerii acestor obiective, am aplicat următoarele tipuri de programe: programul de abilități sociale, programul de imitație fără obiecte (în cadrul acestui program, copilul a trebuit să îndeplinească acțiuni fizice, cum ar fi: urcatul scărilor, coborâtul acestora, săritul în sus, săritul în lungime, alergatul, mersul înainte, mersul cu spatele), imitația cu obiecte (lovirea mingii cu piciorul înainte, aruncarea mingii în față). Pentru coordonarea ochi-mână și pentru menținerea echilibrului, am recurs la următoarele tipuri de programe: aplecare înainte-înapoi, aplecare stânga-dreapta, menținerea echilibrului pe fiecare picior, săritul într-un picior.

A cincea ipoteză a avut în vedere existența unor diferențe semnificative în aria comportamentului general înainte și după parcurgerea de către copil a programului de intervenție. Pentru verificarea acestei ipoteze am folosit scorurile obținute la funcția comportamentului global observabil înainte de parcurgerea de către copil a programului de intervenție și scorurile obținute la aceeași scală, după participarea la programul de intervenție.

În cadrul acestui program am avut în vedere răspunsul copilului autist în diferite situații (când plânge, dacă răspunde la comportamentul social al terapeutului, dacă râde când acesta din urmă o face, dacă subiectul caută cu privirea persoanele familiare).

De asemenea, am recurs la implementarea metodei TEACCH pentru a structura comportamentul copilului. Astfel, o structurare a mediului, o schematizare a programului individual de lucru, care îi va conferi copilului o predictibilitate asupra activităților ce vor urma să se desfășoare, o siguranță conferită de mediul în care acesta își va desfășura activitățile.

BCU IOAN SLAVICI UNIVERSITY LIBRARY

2. STUDII DE CAZ

În programul de intervenție implementat s-a lucrat, așa cum am mai precizat, individual și intensiv, astfel încât limita impusă de spațiul fizic a impus și o limită a copiilor care au putut beneficia de includerea în program. Considerăm compensat acest număr limitat de subiecți cu faptul că studiile de caz se întind pe o perioadă mai mare de timp, iar observarea și monitorizarea acestora s-a făcut extrem de minuțios, cu însemnări zilnice și riguroase la fiecare program în parte, cu însămi aplicând terapia pe fiecare subiect, intrând astfel în contact în fiecare zi cu toți subiecții și cu câte unul. Tocmai de aceea, cercetarea capătă un aspect calitativ datorită, pe de o parte, noutății temei și captarea acesteia de la început, prin importanța dezvăluirii și încurajării metodelor noi de abordare a autismului și, nu în ultimul rând, prin prezentarea unor date cât se poate de obiective și minuțioase care se întind pe o perioadă mai lungă de timp, care să sperăm că vor avea impact la nivelul societății civile pentru informarea acesteia cu date noi, încurajarea părinților și profesioniștilor de a lua inițiativa de a încerca metode mai noi care și-au dovedit eficiența în repetate rânduri, dar și, de ce nu, să se învețe din erorile făcute pe parcursul aplicării terapiei. Astfel, s-au selectat subiecții care întruneau cele mai multe condiții dintre următoarele criterii stabilite:

- să nu aibă și alte afecțiuni asociate (exceptând retardul, acesta fiind prezent în 75% din cazuri);
- ambii părinți să dorească acest lucru și să fie dispuși să coopereze în aplicarea și susținerea terapiei;
- să aibă IQ peste 35;
- să nu aibă medicamentație la activ, exceptând dozele mici de Rispolept pentru cei care sunt hiperkinetici;
- să nu fie violenți cu cei din jur sau cu ei înșiși;
- vârsta cronologică să nu depășească șase ani.

Vom prezenta, pe scurt, câteva date în legătură cu subiecții, după cum urmează:

IONUȚ
DATA NAȘTERII: 16.01.2008
SEX: M
DATA ÎNCEPERII TERAPIEI: 04.10.2009
DATA STOPĂRII OBSERVĂRII CAZULUI: 04.03.2012

ANDREI
DATA NAȘTERII: 18.10.2007
SEX: M
DATA ÎNCEPERII TERAPIEI: 18.11.2009
DATA STOPĂRII OBSERVĂRII CAZULUI: 01.05.2012

BCU "ȘTIINȚA" UNIVERSITARY

VLAD
DATA NAȘTERII: 16.04.2003
SEX: M
DATA ÎNCEPERII TERAPIEI: 04.10.2008
DATA STOPĂRII OBSERVĂRII CAZULUI: 01.04.2011

DARIUS
DATA NAȘTERII: 23.01.2006
SEX: M
DATA ÎNCEPERII TERAPEI: 06.10.2008
DATA STOPĂRII OBSERVĂRII CAZULUI: 01.04.2011

2.1. Metoda utilizată și instrumentul de evaluare aplicat în cazul studiilor de caz

Metoda selectată pentru cercetare este studiul de caz aplicat pe patru subiecți pe o perioadă de aproximativ 3 - 4 ani, prin colectarea sistematică și permanentă de date și observație directă.

Am considerat că această metodă este cea mai relevantă în această cercetare deoarece este vorba de o terapie comportamentală individuală și pe termen lung, iar numărul subiecților pe care se poate aplica terapia, din motive obiective (spațiul fizic limitat și intensitatea mare a aplicării pe fiecare subiect în parte - aproximativ 8 ore pe zi). Pentru a face evaluările subiecților din aceste studii de caz am selectat inventarul de abilități Portage, care a fost alcătuit pe baza etapelor de dezvoltare din psihologia copilului.

Acesta conține itemi din următoarele dimensiuni: socializare; limbaj; autoservire; cognitiv; motor.

Itemii sunt organizați, grupați pe grupele de vârste:

- 0 - 1 ani (28 itemi la socializare, 10 itemi la limbaj, 13 itemi la autoservire, 14 itemi la cognitiv, 45 itemi la motor);
- 1 - 2 ani (16 itemi la socializare, 18 itemi la limbaj, 13 itemi la autoservire, 10 itemi la cognitiv, 18 itemi la motor);
- 2 - 3 ani (7 itemi la socializare, 30 itemi la limbaj, 26 itemi la autoservire, 16 itemi la cognitiv, 17 itemi la motor);
- 3 - 4 ani (12 itemi la socializare, 12 itemi la limbaj, 15 itemi la autoservire, 24 itemi la cognitiv, 15 itemi la motor);
- 4 - 5 ani (9 itemi la socializare, 15 itemi la limbaj, 23 itemi la autoservire, 22 itemi la cognitiv, 16 itemi la motor);
- 5 - 6 ani (11 itemi la socializare, 14 itemi la limbaj, 15 itemi la autoservire, 22 itemi la cognitiv, 29 itemi la motor).

Avantajele aplicării testului psihometric Portage sunt următoarele:

- se poate aplica atât pe copiii verbali, cât și pe cei nonverbali;

BCU IASI - UAIC UNIVERSITY LIBRARY

- dacă este aplicat corect este extrem de obiectiv deoarece se elimină posibilii factori perturbatori, inhibitori de mediu ai subiectului;
- este bine să fie completat de către mai multe persoane care cunosc foarte bine copilul şi ceea ce acesta poate şi ştie să facă şi ce nu;
- dacă nu se cunoaşte răspunsul la unii itemi există posibilitatea de a testa copilul (există un manual Portage care explică pe larg la ce se referă itemii şi cum se poate face testarea), astfel răspunsurile fiind cât se poate de corecte;
- poate fi aplicat oriunde şi oricând fără a se ţine cont de condiţiile ce ţin de timpul zilei, condiţiile de iluminat etc;
- fiind organizat pe cele cinci dimensiuni, se pot observa concret şi conştientiza părţile slabe, şi notându-se se pot lucra în continuare.

Dezavantajul acestuia ar fi faptul că aplicarea lui durează mai mult timp şi depinde de disponibilitatea şi obiectivitatea părinţilor şi a altor persoane din anturaj.

2.2. Prezentarea tipurilor de programe

Programele existente sunt de ordinul sutelor, poate chiar a miilor, însă putem să le includem în câteva categorii pe acelea care au fost aplicate în cele patru cazuri studiate, în funcţie de scopul urmărit prin acesta:

ASOCIEREA ŞI SORTAREA

Aceste programe au fost uşor de învăţat pentru toţi subiecţii şi s-au dovedit a fi extrem de eficiente atât în derularea programelor celorlalte, cât şi în dezvoltarea acestora în ansamblu (vezi programul de „Matching").

Programele de deprindere a asocierii, sortării şi imitaţiei nonverbale se bazează pe stimuli vizuali care sunt relativ uşor de predat de către adult şi de învăţat de către subiect. Pe de altă parte, programul de deprindere a imitaţiei verbale, care se bazează pe stimuli auditivi, este cel mai dificil program din punct de vedere al predării şi unul din cele mai dificile programe de asimilat. Elementul comun al acestor programe este învăţarea copilului să asocieze stimuli. În programele de deprinderi a asocierii şi a sortării, acesta învaţă să asocieze itemi care sunt similari sau identici din punct de vedere al unor caracteristici (ex: culoare, formă, mărime, funcţie).

După deprinderea asocierii şi sortării, elevul va înregistra rezultate importante. Unul din aceste rezultate este abilitatea de a observa asemănările între evenimentele prezente şi cele viitoare, astfel încât cunoştinţele vor putea fi transferate (generalizate) de la o situaţie la alta; observarea asemănărilor între diferite situaţii ajută la instalarea regularităţii în comportamentul individului.

Acest rezultat este important având în vedere că elevii cu autism şi alte întârzieri în dezvoltare întâmpină dificultăţi în transferul cunoştinţelor de la un set de stimuli sau mediu de învăţare la un altul.

BCU "LUCIAN BLAGA" UNIVERSITY LIBRARY

Deprinderea Programului de Asociere şi Sortare ar trebui să reducă aceste dificultăţi. Asocierea şi Sortarea stimulilor nu este numai foarte utilă ci este şi foarte uşor de învăţat. Mai mult decât atât, subiecţilor le place programul şi fac progrese rapide poate şi pentru că stimulii sunt vizuali sau pentru că perceperea asemănărilor între obiecte sau evenimente este întăritoare (stimulatoare) pentru aceştia.

LIMBAJUL RECEPTIV („RECEPTIVE INSTRUCTIONS")

Subiectul va trebui să dobândească mii de mesaje de limbaj receptiv pentru a funcţiona corespunzător în societate. Unele dintre aceste mesaje sunt relativ uşor de predat de către profesor şi de învăţat de către subiect, cum ar fi „Vino aici" şi „Şezi".

Altele sunt mai dificile, precum „Termină de mâncat înainte să îţi pui haina" şi „Mergem acasă la bunica". Cei mai mulţi indivizi sunt capabili să înveţe cel puţin câte ceva din limbajul receptiv aşa cum este el prezentat.

ÎNVĂŢARE ŞI DIFERENŢIERE

Învăţarea prin diferenţiere reprezintă un proces de bază de predare care ajută subiectul să execute (diferenţieze) şi, deci, să înţeleagă toţi stimulii subtili şi complecşi la care trebuie să răspundă oamenii pentru a supravieţui şi a se dezvolta.

Cu timpul, persoanele tipice învaţă să execute o gamă foarte largă de stimuli fără ca cineva să-i înveţe în mod explicit cum să facă acest lucru.

Persoanele cu autism sau cu alte întârzieri de dezvoltare manifestă întârzieri foarte mari în deprinderea de a reacţiona şi de aceea trebuie să li se predea această deprindere. Sporirea atenţiei care s-a realizat prin folosirea procedurilor de învăţare prin diferenţiere creşte şansele de reuşită ale copilului într-un exerciţiu.

IDENTIFICAREA RECEPTIVĂ A OBIECTELOR

Programul de identificare receptivă a obiectelor este menit să înveţe elevul să identifice obiectele şi persoanele întâlnite în viaţa de zi cu zi. Este o abilitate ce poate fi deprinsă indiferent dacă elevul deţine abilităţi de limbaj expresiv.

Pentru a preda elevului identificarea receptivă a obiectelor, am avut nevoie de un număr mare de obiecte din gospodărie (de exemplu, ceşti, pantofi, cub, prăjitură, creion) cu care subiecţii intră în contact foarte frecvent, imagini cu aceste obiecte gospodăreşti, fotografii cu părinţii copilului şi cu rudele, imagini de obiecte decupate din reviste sau din alte surse care sunt fixate pe fişe de 3 x 10 cm, şi o masă pentru a aşeza obiectele şi imaginile.

IMITAŢIA

În programul de imitaţie nonverbală, subiectul învaţă să îşi asocieze comportamentul cu cel al altei persoane (de exemplu: elevul salută cu mâna ca răspuns la salutul altei persoane şi zâmbeşte la un zâmbet).

În programul de imitaţie verbală, copilul este învăţat să asocieze propria voce cu cea a terapeutului (ex: subiectul asociază exprimarea cuvântului „mama" cu exprimarea de către terapeut a aceluiaşi cuvânt). La început, copilul este învăţat

cu ajutorul sugestiei şi întăririi să imite comportamentele simple ale unui adult, cum ar fi aruncarea unui cub într-o găleată sau mişcarea mâinii. Încet şi treptat, elevul este învăţat să imite comportamente mai complexe, precum a se juca cu jucării, a scrie sau a juca jocuri specifice perioadei preşcolare.

Mai concret, elevul este învăţat să imite anumite comportamente motorii grosiere, când profesorul spune „Fă aşa!" şi în acelaşi timp demonstrează acţiunea (de exemplu: aruncarea unui cub într-o găleată, mişcarea unei maşinuţe înainte şi înapoi, o mişcare de bătaie uşoară pe masă). Odată deprinse, noile comportamente imitative pot fi extinse în vederea învăţării prin imitaţie a unor comportamente autoajutătoare de bază (de exemplu: a bea dintr-un pahar, a-şi pieptăna părul, a se spăla pe mâini), jocuri şi sporturi potrivite stadiului incipient (de exemplu: semnul roşu - semnul verde, urmează conducătorul, aruncarea mingii la coş, a se da peste cap), abilităţi preşcolare (de exemplu: a desena, a scrie, a decupa, a lipi) şi comportamente sociale adecvate (de exemplu: a plânge atunci când plâng şi alţii, a râde atunci când râd şi alţii). Prin acest program, individul învaţă să acorde mai multă atenţie celorlalţi şi devine motivat să înveţe prin urmărirea comportamentului acestora.

Pe scurt, a învăţa subiectul să imite comportamentul altora intensifică procesul de dezvoltare socială, emoţională şi intelectuală al individului. Indivizii tipici achiziţionează multe comportamente complexe cum ar fi cel social, recreativ şi abilităţi ale limbajului prin observarea şi imitarea comportamentelor altor persoane. Totuşi, indivizii cu întârzieri în dezvoltare adesea nu reuşesc să imite comportamentele altora. Această nereuşită de a învăţa prin imitaţie reprezintă o cauză majoră a întârzierii în dezvoltare.

SELF HELP (AUTOAJUTORAREA)

Nu este neobişnuit pentru indivizii cu întârzieri mintale de a fi în urmă cu îndemânări intrinseci de bază. Nici nu este neobişnuit pentru ei să necesite asistenţă considerabilă din partea părinţilor şi altor adulţi pentru a îndeplini chiar sarcini de bază, ca de exemplu, îmbrăcarea şi spălarea. Însă, cu răbdare, instrucţie sistematică, mulţi subiecţi cu întârzieri mintale pot să înveţe complexe îndemânări intrinseci.

Odată ce subiectul devine mai stăpân pe sine, va avea un tonus mai bun şi va fi mai uşor de îngrijit.

De asemenea, învăţând să fie stăpân pe sine va fi mai uşor de integrat în şcoală şi comunitate. De exemplu, cei care folosesc toaleta este mai probabil să fie acceptaţi în colectivitate decât ceilalţi.

ÎMBRĂCAREA

În această secţiune, scopul este de a convinge subiectul de a se îmbrăca când i se cere să facă astfel. În afară de comandă (de exemplu: „Îmbracă-te!") ar trebui să fie la fel cu dezbrăcarea. Cu alte cuvinte, paşii se inversează, iar obiectul este îmbrăcat.

Pentru o mai bună înţelegere a programului, a sistemului în care acesta se derulează, voi exemplifica prin îmbrăcarea pantalonilor de către subiect, cu paşii

pe care acesta trebuie să îi parcurgă și, de asemenea, printr-un al doilea exemplu, îmbrăcarea tricoului:

I. Se aleg o pereche de pantaloni care să îi fie mai largi. Pantalonii ar trebui să aibă o betelie elastică ce nu necesită descheierea la nasturi sau fermoar și ar trebui să intre cu ușurință peste șolduri și picioare.

Acțiunea e prezentată în continuare în pași distincți:

1. Se poziționează betelia pantalonilor pe talia subiectului.
2. Se trag pantalonii de pe șoldurile subiectului pe talie.
3. Se trag pantalonii de pe coapsele subiectului pe șoldurile sale.
4. Se trag pantalonii de pe genunchii subiectului pe coapsele sale.
5. Trageți pantalonii de pe gleznele subiectului pe genunchii săi.
6. Se împinge piciorul al doilea prin crac pentru a îmbrăca pantalonii pe glezna subiectului.
7. Se poziționează pantalonii în dreptul piciorului (când altcineva ține pantalonii).
8. Se împinge primul picior prin crac pentru a îmbrăca pantalonii pe glezna subiectului.
9. Se ridică pantalonii.

Un al doilea pas care trebuie însușit de către copil în cadrul programului de autonomie personală este îmbrăcarea tricoului.

În vederea atingerii obiectivului, se alege un tricou cu mâneci scurte și mai larg la gât. Îmbrăcarea tricoului să fie împărțită în următorii pași:

1. Se trage tricoul în jos de sub brațe spre talie.
2. Se introduce brațul prin mânecă.
3. Se introduce celălalt braț prin mânecă.
4. Se pune mâneca în dreptul brațului.
5. Se trage tricoul de la bărbia subiectului la gâtul său.
6. Se trage tricoul de la urechile subiectului spre gât.
7. Se trage tricoul de la partea de sus a capului la urechi.
8. Se plasează tricoul pe fruntea copilului.

În funcție de fiecare caz în parte, programul a fost masterat, învățat sau nu încă, itemii au fost desfășurați în mai multe sau mai puține părți.

IMITAȚIA VERBALĂ

Deprinderile învățate în programul de imitație verbală sunt importante pentru toți indivizii cu întârzieri de dezvoltare, inclusiv cei care nu vorbesc curent și cei care sunt ecolalici. În ceea ce privește subiecții noștri, au plecat de la a spune trei-patru cuvinte (Vlad și Vlăduț) sau de la starea de non-verbal, și au ajuns a spune mai multe sau mai puține cuvinte și propoziții spontan.

De-a lungul acestui program, copilul învață să pronunțe sunete, cuvinte, propoziții și fraze. Pronunția este primul pas în a învăța să folosească cuvinte într-o manieră cu sens, deoarece odată ce imitația verbală este stăpânită, această deprindere poate fi folosită pentru a obține răspunsuri în alte programe care cer răspunsuri verbale. În învățarea imitațiilor verbale, terapeuții trebuie să-și

reamintească constant că graba creşte riscul de a face limbajul aversiv subiectului. Acesta este un program foarte dificil de predat şi un program foarte dificil pentru ca subiectul să-l stăpânească.

Cercetarea în sine prezintă cazurile a patru copii autişti pe care s-a aplicat terapia comportamentală ABA, evoluţia acestora şi modul în care s-a aplicat terapia. În cazurile lui Vlad şi al lui Ionuţ vorbim de o perioadă de studiere de doi ani, iar în cazul lui Andrei şi Darius este vorba de trei ani.

2.3. Criterii pentru tratamentul adecvat

Pentru ca tratamentul să dea randamentul maxim a trebuit să se ţină cont de câteva reguli stabilite în urma a zecilor de ani de experienţă şi a observaţiilor făcute pe baza acestora. Fiecare dintre aceste reguli şi aspecte ale aplicării metodei ABA s-au dovedit şi în prezenta cercetare a avea un real fundament, iar devierea de la acestea având serioase implicaţii. S-a reuşit totuşi atingerea unui consens între cercetători şi practicieni, anume că tratamentul adecvat trebuie să conţină următoarele elemente (Simeonnson, Olley şi Rosenthal, „Early intervention for children with autism", 1987):

1. Accentuarea comportamentală - pe lângă impunerea structurii şi recompensarea comportamentelor potrivite, aplicarea unor intervenţii mai tehnice, printre care testele discrete, formarea prin aproximări succesive, producerea de schimbări în controlul stimulilor, stabilirea de discriminări între stimuli şi predarea imitării (R.L. Koegel şi Koegel, „Generalization of question asking in children with autism", 1988).
2. Participarea familiei. Părinţii şi alţi membri ai familiei trebuie să participe activ la educarea persoanei cu întârzieri de dezvoltare. Fără o astfel de participare, progresele realizate în medii profesionale (programe de educaţie specială, clinici, spitale) rareori duc la îmbunătăţiri în mediul familial sau comunitar (Bartak, „Diagnostic labelling of autism spectrum disorders in NSW", 1978; Lovaas et al., „Teaching Developmentally Disabled Children: The Me Book", 1973).
3. Instrucţie individuală. În primele 6-12 luni de tratament, instrucţia trebuie să fie individualizată şi nu în grupuri, deoarece autiştii şi alte persoane cu întârzieri de dezvoltare învaţă mai bine în situaţii individuale (R.L. Koegel, Rincover şi Egel, „Educating and understanding autistic children", 1982). Această pregătire trebuie supravegheată de profesionişti cu pregătire în analiza comportamentală aplicată şi în tratamentul individual. Tratamentul poate fi administrat de persoane cu pregătire temeinică în tratamentul comportamental, inclusiv studenţi şi membri ai familiei (Lovass şi Smith, „Paradigm for Research and Treatment", 1988).
4. Integrarea. Înainte de integrarea într-o situaţie de grup, individul trebuie învăţat cât mai multe comportamente social acceptabile. Când

BCU IAŞI - BIBLIOTECA UNIVERSITARĂ LIBRARY

individul este gata să intre într-o situație de grup, grupul trebuie să fie cât de normal posibil. Autiștii se descurcă mai bine când sunt integrați cu persoane normale decât cu alți autiști (Strain, „Educating Children with Autism", 1983). În prezența altor autiști, abilitățile sociale și lingvistice acumulate de individ dispar în câteva minute, probabil din cauză că nu i se răspunde în aceeași manieră (Smith, Lovaas și Watthen-Lovaas, 2002). Simpla expunere la persoane normale nu este totuși suficientă pentru a facilita un comportament adecvat. Autiștii necesită o instruire explicită în privința interacțiunii cu semenii lor (Strain, 1983).

5. Complexitatea. Autiștii trebuie să fie învățați practic totul de la început. Ei au puține comportamente adecvate, iar comportamentele noi trebuie învățate unul câte unul. După cum am spus mai devreme, aceasta se datorează faptului că învățarea unui comportament ararecori duce la apariția altor comportamente neînvățate direct (Lovaas și Smith, 1988). De exemplu, învățarea de abilități lingvistice nu duce la apariția abilităților sociale, iar învățarea unei singure abilități lingvistice, cum ar fi prepozițiile, nu duce direct la apariția altor abilități lingvistice, cum ar fi stăpânirea pronumelor.
6. Intensitatea. O intervenție eficientă necesită un număr foarte mare de ore, cam 40 pe săptămână (Lovaas și Smith, 1988). Zece ore pe săptămână nu sunt suficiente (Lovaas și Smith, 1988), și nici 20 (Anderson et al., „Autism and Asperger Syndrome in Children", 1987). Deși se observă creșteri ale funcției cognitive (cum sunt reflectate în scorurile IQ), nu înseamnă că subiectul se va integra în rândul colegilor normali, ci doar că el va regresa dacă nu se continuă tratamentul. În majoritatea celor 40 ore, cel puțin în primele 6-12 luni de intervenție trebuie să se pună accent pe remedierea deficiențelor de limbaj (Lovaas, 1977). Mai târziu, acest interval poate fi împărțit între promovarea integrării și remedierea deficiențelor de limbaj.
7. Diferențe individuale. Există diferențe semnificative în răspunsurile subiecților la tratamentul comportamental. În condiții optime, o minoritate semnificativă a copiilor câștigă și menține o funcționare normală (McEachin et al., „Behavioral Treatment of Autism", 1993). Aceștia sunt copiii ce pot fi etichetați ca având învățare auditivă. Restul copiilor, cu învățare vizuală, nu ajung la o funcționare normală cu tratamentul comportamental la acest moment și probabil vor necesita tratament individual pentru tot restul vieții lor pentru a-și menține abilitățile existente și pentru a-și dezvolta noi abilități. Programele de facilitare a comunicării pentru cei cu învățare vizuală sunt promițătoare, dar mai au nevoie de alte cercetări și rezultate.

Durata. Tratamentul trebuie să dureze toată viața la un autist pentru că întreruperea lui duce la pierderea beneficiilor acumulate până atunci (Lovaas și

al., 1973). După cum am mai subliniat, singura excepție o reprezintă copiii care încep tratamentul foarte devreme și se integrează deja la vârsta de 7 ani.

Controlul calității. Dată fiind vizibilitatea datelor UCLA, este important să se specifice cât mai multe dimensiuni ale tratamentului, pentru a putea fi reprodus și de alții. Acest lucru este foarte important, pentru că aproape oricine poate să se dea drept persoană calificată să aplice acest tratament dacă a participat la un seminar de o zi sau o săptămână și dacă a citit „ME Book" (Lovaas, 1981) sau prezentul manual.

Trebuie, de asemenea, creat un sistem de certificare a asistenților specializați, pentru asigurarea calității tratamentului. Proiectul UCLA de certificare poate fi de ajutor în acest sens. În prezent, există două nivele de certificare: Nivelul I (Asistent personal) și Nivelul II (Asistent supraveghetor).

Dimensiunile comportamentului. Un comportament are câteva caracteristici care pot fi observate și măsurate, anume: frecvența, durata, intensitatea, latența și calitatea. Frecvența unui comportament se stabilește raportând numărul de apariții a unui comportament țintă la unitatea de timp. Astfel, putem stabili, de pildă, câte pagini de literatură de specialitate am citit pe zi, câte pagini am scris pe săptămână, de câte ori am inițiat noi o conversație cu partenerul într-un cuplu, cu ce frecvență răspundem la nevoile celor din jurul nostru (comportamentul prosocial), cât de frecvent ne-am abandonat în reverie pe parcursul unui curs etc.

Durata unui comportament este intervalul de timp cuprins între momentul inițierii și cel al încetării unui comportament. De pildă, pentru a modifica programul zilnic al unui elev din clasa I e important să știm care e durata zilnică pe care el o alocă pentru a-și pregăti lecțiile, cât timp stă în fața televizorului, cât timp se joacă etc. Optimizarea unui program zilnic presupune, adesea, modificarea timpului acordat diverselor activități. Intensitatea unui comportament se referă la magnitudinea cu care el se manifestă. Această dimensiune este mai greu de măsurat decât durata și frecvența. Cea mai frecvent utilizată metodă este scala de evaluare, caz în care intensitatea este exprimată printr-o cotă a acestei scale. În terapia cognitiv-comportamentală, de pildă, se utilizează astfel de scale în care pacientului i se cere să-și observe intensitatea unui simptom (exemplu: „senzația de panică") sau a unei convingeri (de exemplu: „Nu sunt bun de nimic", „Viitorul meu e sumbru") pe o scală de la 1 la 100.

Progresul psihoterapiei se evaluează, printre altele, prin diminuarea intensității unor simptome sau a convingerilor dezadaptative. Latența comportamentului se referă la intervalul de timp dintre stimulul sau situația care induce un comportament și manifestarea efectivă a acestuia. Stimulul poate fi, de pildă, o rugăminte, iar latența - intervalul dintre momentul în care am adresat rugămintea și momentul în care celălalt a început să o îndeplinească. Este informativ, din punct de vedere psihologic, să știm dacă un prieten ne-a îndeplinit rugămintea prompt sau după îndelungi și repetate amânări, dacă acceptăm imediat

BCU CLUJ / UNIVERSITY LIBRARY

sau după o îndelungată latență asumarea unui risc, dacă o organizație sau un manager rezolvă imediat sau cu întârziere o disfuncție semnalată etc.

Toate dimensiunile comportamentale prezentate mai sus pot avea o expresie cantitativă, numerică. Ele ne ajută să exprimăm și aspectele calitative ale unui comportament, pentru că adesea calitatea se poate exprima cantitativ. De pildă, un „student bun" este un student care studiază un anumit număr de ore pe zi, care oferă răspunsuri corecte la un număr de întrebări, care participă la sesiunile de comunicări științifice etc. Tot astfel, un „stil de viață sănătos" se poate exprima în frecvența și durata activităților fizice, cantitatea de proteine sau glucide asimilate pe zi, cantitatea de consum de alcool pe săptămână, frecvența implicării în activități sociale etc. Nu vreau să spun că o calitate se epuizează complet în operaționalizările ei cantitative, dar dacă o calitate (de exemplu: „inteligența", „creativitatea", „tandrețea", „loialitatea" etc) nu se exprimă la un moment dat într-o serie de comportamente observabile și măsurabile atunci este o simplă formă fără fond, o etichetă fără referent. Suntem ceea ce facem.

Limbajul are o forță aparte. Operaționalizarea etichetelor verbale prin comportamente și investigarea dimensiunilor cantitative ale acestora este o bună metodă de a nu ne lăsa seduși de forța înșelătoare a cuvintelor, în dauna realității.

Mai jos am notat câteva dintre avantajele înregistrării datelor comportamentale:

- Precizarea problemei;
- Calibrarea intervenției.

Datele cantitative despre un comportament sau o clasă de comportamente ne ajută în precizarea strategiei de intervenție. Ele ne oferă informații despre: ce anume trebuie schimbat (frecvența unui răspuns, durata, latența sa, intensitatea unui comportament, ce dimensiune calitativă trebuie schimbată); efectele intervenției (de exemplu: s-a modificat sau nu, în sens dezirabil frecvența/durata/latența/intensitatea/comportamentului țintă).

Pe scurt, avem repere precise despre situația inițială și feedback-uri clare despre mersul intervenției pe care am inițiat-o. Aceste feedback-uri ne ajută să corectăm „din mers" intervenția noastră. Ele sunt însă la fel de importante pentru beneficiarul intervenției (client), pentru că își poate cuantifica progresele în ameliorarea simptomatologiei. Ori, după cum știm din cercetările asupra motivației, oferirea de informații despre progresele înregistrate constituie o puternică motivație pentru continuarea lui.

Ameliorarea comportamentului - uneori simpla înregistrare a unui comportament poate produce ameliorarea lui (Wright & Miltenberger, „Awareness training in the treatment of head and facial ties. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry", în anul 1987 au observat că înregistrarea de către subiect a propriilor ticuri motorii a dus la reducerea lor). Așadar, pentru realizarea unei intervenții nu avem nevoie de toate datele comportamentale ci doar de acelea care au valoare diagnostică, cele care sunt mai informative.

Aceste date ne ajută să definim ținta intervenției, să decidem în favoarea unei anumite strategii de intervenție, să obținem feedback-uri despre efectele temporare sau de lungă durată ale intervenției, să ne recalibrăm strategiile, dacă ele nu sunt suficient de eficace. Comportamentele prin care se traduc un simptom sau o problemă pe care o acuză pacientul au diverse dimensiuni (frecvență, durată, intensitate etc). Pentru a obține informații relevante alegem acele dimensiuni care sunt importante pentru rezolvarea problemei și elaborăm colecția de date, prin diverse metode. Comportamentele disfuncționale pot fi excesive (de exemplu: frecvența loviturilor etc) sau deficitare (de exemplu: contactul vizual, răspunsul la nume). În primul caz, rezolvarea problemei presupune reducerea sau decelerarea comportamentelor respective; în al doilea caz - sporirea sau accelerarea lor. Informațiile pe care le culegem despre un comportament sau o grupare de comportamente ne dau posibilitatea unui diagnostic, adică a integrării lor într-o categorie cnosologică.

Comportamentele/cognițiile țintă apar într-un anumit context, într-o anumită situație. Dacă ele apar în situația A dar nu și în situația B, înseamnă că există anumiți factori în situația A care controlează comportamentul în cauză. Câteva elemente ale unei situații prezintă o valoare informațională mai ridicată. Prima variantă: antecedentele se referă la situația sau stimulii care imediat preced comportamentul sau sindromul țintă (unde, când, cu cine apare/nu apare un comportament; ce se întâmplă imediat înainte de inițierea comportamentului respectiv, în plan mental sau în realitatea fizică, care sunt expectanțele subiectului, convingerile, scopurile, interesele și planurile sale). De menționat că și un eveniment din trecut, în măsura în care este reamintit și precede comportamentul țintă devine „antecedent" și face parte din situația actuală (de exemplu: „De câte ori mi-aduc aminte de fostul meu iubit, de regulă când sunt singură, în weekend, mă cuprinde tristețea și disperarea").

Al doilea aspect: elementele biografice, care uneori sunt factori proximali, alteori distali, care ar putea influența simptomatologia care ne preocupă. Aici intră informații despre debutul problemei, despre recurența unor episoade, despre experiențele relevante - în raport cu problema în cauză - pe care le-a trăit persoana respectivă.

Este relevant pentru a înțelege, de pildă, agresivitatea actuală a unui client (operaționalizată printr-un set de violențe verbale și comportamentale față de membrii familiei), dacă în copilărie a asistat la scene similare între proprii părinți, dacă apoi a crescut într-un mediu ostil unde agresivitatea era o metodă eficace de a rezolva multe probleme, dacă familia actuală este rezultatul unor decizii conjuncturale, fortuite, sau al unui angajament ferm, explicit, din partea ambilor parteneri. Cu cât mai activ, în prezent, este un element din trecut, cu atât mai relevant este el pentru problema pe care dorim să o rezolvăm.

BCU "MIHAI EMINESCU" IAȘI LIBRARY

Desfășurarea activității

În cadrul stadiilor incipiente ale predării, ședințele de predare au conținut maxim cinci - șase probe, cu pauze scurte de joacă între seturi de probe. Statul pe scaun în stadiile incipiente nu ar trebui să depășească două minute între pauze. Pe măsură ce elevul avansează în programe am putut mări timpul de stat pe scaun de la sub un minut până la cinci minute, permițând astfel mai multe probe. Primele sarcini care li se dau subiecților sunt unele pe care noi știm că aceștia le pot face cu ușurință. Tot procesul terapeutic pleacă de la sarcini foarte ușoare la cele mai complexe în ritmul pe care ni-l permit copiii, fără însă de a sta pe loc, încercând în permanență să se obțină mai mult. În final, așa cum se procedează și la școală, subiectului i se va cere să stea pe scaun o perioadă neîntreruptă de 45 - 50 minute.

Atunci când vine timpul unei pauze de joacă, am semnalizat începutul acesteia cu instrucțiunea „Gata!" și am ajutat copilul să se ridice de pe scaun și să meargă la joacă. În toate programele, am semnalizat începutul pauzei de joacă doar după un răspuns corect (nesugerat ori de câte ori este posibil). Ne-am asigurat că subiectul nu primește pauză atunci când nu ascultă, când este furios sau în urma unui răspuns incorect. Părinții au fost rugați încă de la început să aducă liste cu ceea ce le face plăcere copiilor să mănânce și să bea ca să le putem pregăti premiile, de asemenea liste cu ceea ce știu să facă, să spună și ce activități și jocuri le plac. Până ca subiecții să înțeleagă sistemul de recompensare, programul, regulile terapiei și faptul că nu este opțională cooperarea cu terapeutul există o perioadă de acomodare în care ei trebuie să cedeze, iar terapeutul să preia controlul. În momentul în care copilul înțelege că dacă are o criză de isterie, de protest, de refuz în raport cu ceea ce îi cere terapeutul nu va obține nimic și nu va putea pleca din lecție, nici măcar nu va avea voie să se ridice de pe scaun, și mai mult, dacă va coopera va primi câte o recompensă din partea acestuia.

În momentul când aceștia protestau, noi continuam să facem lecția ajutând copilul să îndeplinească sarcina făcându-le prompt sau, dacă era o criză puternică de isterie, îi tratam cu ignor până când aceștia se linișteau și atunci li se dădea un întăritor pozitiv pentru a le încuraja acest tip de comportament. După ce s-a preluat controlul și ne-am adaptat reciproc cu terapia și între noi, programele și itemii fixați în cadrul acestora au mers în ritmul în care a putut fiecare, după capacitatea lui.

În permanență echipa terapeutică a fost supravegheată și monitorizată, astfel încât greșelile să poată fi corectate din timp, echipa să prindă cât mai multă experiență într-un timp cât mai scurt și să dea randamentul maxim. Supravegherea se face fie prin ușile cu geamuri ușor transparente (în două dintre camere), fie printr-o cameră video conectată la un televizor instalat pe hol. S-a decis, după un timp, ca orice obiecție sau observație să se facă în momentul în care se va lua pauza mare de 10 minute de la fiecare oră, în care se iese din cameră. Pentru o cooperare cât mai bună cu părinții și o informare reciprocă în legătură cu starea copilului, evoluțiile, obiectivele etc au loc ședințe în fiecare săptămână, la care

BCU CLUJ / CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

prezența tuturor este obligatorie și, de asemenea, sunt informați părinții în legătură cu programul cu itemi și cu toate schimbările din săptămâna care urmează.

La sfârșitul fiecărei zile se completează în dosare, concepute individual pe subiecți, în care se află liste cuprinzând itemii, cu data la care au fost introduși și data la care au fost masterați, învățați de către copil, iar pe de altă parte lângă listele cu itemi există liste în care se completează detaliat (în fiecare zi) cum s-au desfășurat lecțiile, starea generală a subiectului, factorii perturbatori (dacă există), ce itemi s-au introdus în ziua respectivă, în ce mod și cum arată aceștia (dacă este carte se precizează care este aceasta, dacă sunt fructe, care sunt acelea și ce culoare au etc), și ce itemi s-au verificat și cum au mers aceștia. Pentru a nu le crea dependență subiecților, terapeuții au fost organizați în echipe și s-au încercat rotații la intervale diferite de timp de la un copil la altul până s-a ajuns la concluzia că, pe de-o parte, se simte nevoia schimbării echipelor atât din partea echipelor cât și din partea terapeuților, dar, pe de altă parte, nu sunt recomandate nici schimbările dese deoarece se ajunge la o acomodare benefică a terapeuților atât cu personalitatea și particularitățile copilului, cât și cu ritmul și programul acestuia. Astfel, s-a ajuns la concluzia că trecerea echipelor de la un subiect la altul este bine să se facă la minim o lună și maxim două luni.

Pe lângă obiectivele programelor se urmăresc și altele în funcție de situația fiecărui caz în parte, de exemplu: să anunțe nevoia de a merge la toaletă, dorința de a i se da apă („Vreau apă!"), dorința de a i se deschide ușa, formule de politețe la masă, de salut, „mulțumesc" etc, precum și răspunsuri la întrebări de genul „Cum te cheamă?", „Câți ani ai?", „Cine este Andrei?" - „Eu", „Cum face pisica, cățelul..." etc. Programele propru-zise sunt împletite cu multă joacă, timp în care terapeutul are sarcina de a interacționa cât mai mult pe toate căile cu subiectul: afectiv (gesturi de tandrețe și alintare pentru a-i stimula interacțiunea socială în general, pentru a-i antrena această dimensiune și pentru a se face cât mai plăcut în timpul pauzelor astfel contrastând cu atitudinea fermă din timpul lecțiilor), tactil (prin atingeri, îmbrățișări etc, pentru a stimula simțul tactil și încurajarea inițiativelor de acest tip), vizual (asigurându-ne că la joacă suntem în câmpul său vizual, ca el să știe că se joacă împreună cu cineva), auditiv (stimulând astfel comunicarea la joacă și în general).

Joaca trebuie să fie cât mai plăcută pentru copil, astfel încât acestuia să-i facă plăcere să vină la terapie și să se destindă și binedispună între lecții.

2.4. Interpretarea datelor în cazul studiilor de caz

Așa cum am mai precizat, primele evaluări ale subiecților s-au efectuat la aproximativ o lună de când ei începuseră activitatea pentru o obiectivitate mai mare a rezultatelor. S-a considerat că în acest răstimp personalul terapeutic va putea să cunoască copiii suficient de bine cât să poată participa la aplicarea testului Portage împreună cu părinții. De aceea, nu putem ști cât au evoluat în prima lună.

BCU IAȘI - CENTRUL DE RESURSE PENTRU LECTURĂ

Rezultatele de la prima evaluare Portage a subiecților sunt următoarele:

IONUȚ LA PRIMA EVALUARE

Data evaluării	04.10.2009	
Vârsta cronologică	33 luni (2 ani și 9 luni)	
Vârsta mintală	22 luni (1 an și 10 luni)	
Scale Portage	**Socializare**	17 luni (1 an și 5 luni)
	Limbaj	21 luni (1 an și 11 luni)
	Autoservire	19 luni (1 an și 7 luni)
	Cognitiv	24 luni (2 ani)
	Motor	31 luni (2 ani și 7 luni)

IQ=66,66

1. Socializare

Contactul vizual este redus și nu există intenția de a căuta privirea celor din jur. Nu interacționează cu alți copii în joc. Totuși imită mișcările altor copii.

Nu oferă jucării sau obiecte celor din jur și manipulează aceste obiecte pentru a face zgomot. Nu cere să i se citească din cărți pentru că acestea nu îi trezesc niciun interes lui Ionuț. Adresează formule de politețe precum „te rog" și „mulțumesc" numai când i se amintește sau i se cere.

În acest caz poate fi vorba mai mult despre o manifestare ecolalică a lui Ionuț, decât de înțelegerea semnificației acestor formule de politețe.

2. Limbaj

În momentul evaluării, Ionuț folosește doar câteva cuvinte cu sens (de exemplu: „apă", „suc", „lapte", „pâine"). În plus pronunță câteva grupuri de sunete: „ia, ie, le, la". Nu pronunță deseori consoana inițială din cuvintele pe care le repetă în mod ecolalic și care nu au semnificație.

Tendința la ecolalie este accentuată; nu folosește răspunsurile afirmative și negative atunci când situația o cere. Nu formulează întrebări și nu răspunde la întrebări care îi sunt adresate decât printr-un comportament verbal ecolalic, de repetare fără sens a întrebării formulate de adult. Nu formează în vorbire propoziții compuse din două cuvinte alăturate și nici nu alătură substantive cu adjective sau adverbe.

Poate să numească trei părți ale corpului atât la el cât și la păpușă. Nu folosește numele membrilor familiei atunci când are nevoie de ajutorul lor.

3. Autoservire

Poate să dezbrace haine descheiate, mai ales dacă acestea sunt ușor de manipulat. În condițiile în care sunt foarte strâmte, dă impresia că îi este frică să le dezbrace pentru că l-ar vătăma. Nu știe să se îmbrace cu niciun articol vestimentar.

Nu are controlul sfincterian format și nu folosește nicio indicație verbală sau gestuală în momentul în care simte nevoia de a merge la toaletă. Când este pus pe oliță începe să plângă și nu-i place să i se schimbe scutecul.

Mănâncă singur, știe să folosească linguriță, lingura în mod adecvat.

4. Cognitiv

Este capabil să asocieze obiecte asemănătoare și obiecte cu imaginile lor. Indică imaginile numite. Execută gesturi simple la cerere (de exemplu: să bată din palme). Nu poate să completeze un incastru de trei figuri, nu poate copia trasee pregrafice precum linii, cercuri, cruci, triunghiuri etc.

Nu cunoaște culorile, formele geometrice, numerele și nu are formate conceptele de mare-mic, care în mod normal ar fi trebuit să fie însușite până la vârsta cronologică pe care o avea Ionuț în momentul evaluării.

5. Motor

Dezvoltarea motorie este apropiată de nivelul normal corespunzător vârstei cronologice a lui Ionuț.

Nu prezintă întârzieri semnificative.

ANDREI LA PRIMA EVALUARE

Data evaluării	18.11.2009	
Vârsta cronologică	38 luni (3 ani 2 luni)	
Vârsta mintală	22,4 luni (1 an 10 luni)	
Scale Portage	**Socializare**	13 luni (1 an 1 lună)
	Limbaj	12 luni (1 an)
	Autoservire	32 luni (2 ani 8 luni)
	Cognitiv	20 luni (1 an 8 luni)
	Motor	35 luni (2 ani 11 luni)

IQ=58,94

1. Socializare

Nu interacționează în joc cu alte persoane, adulți sau copii și nu acceptă prezența altuia în jocul său. Este interesat de obiecte, de jucării (mai ales mașinile pe care le manipulează în mod corespunzător), precum și de mediul înconjurător pe care îl examinează. Imită, uneori, în joc obiceiuri obișnuite ale adulților (băut, mâncat, pupat, ținut de mână - unește mâinile păpușilor).

Contactul vizual este bun și caută privirea mai ales în condițiile în care dorește să obțină ceva de la adult (jucărie, alt obiect sau atenție). Nu răspunde la propriul nume prin niciun fel de gest. Nu are simțul pericolului atunci când este lângă obiecte interzise sau periculoase.

2. Limbaj

Nu repetă niciun sunet prin imitație, dar manifestă stereotipii verbale prin repetarea continuă și fără sens a unor sunete sau silabe (de exemplu: „asi", „sico", „ia-ia"). Nu folosește niciun cuvânt cu sens.

Prin urmare, limbajul expresiv este absent. Controlul voluntar al respirației este absent (nu poate sufla nici măcar pentru a stinge o lumânare sau pentru a fluiera cu un fluier). Pe de altă parte, nu are control voluntar asupra mișcărilor aparatului fonoarticulator. Aceste fapte au implicații directe în nedezvoltarea limbajului expresiv.

Limbajul receptiv este puțin mai dezvoltat și poate executa comenzi simple. Poate indica cel puțin 12 obiecte familiare atunci când i se cere, dar nu indică imagini din cărți. Poate să arate trei părți ale corpului (cap, picior, mână).

3. Autoservire

Mănâncă independent la masă folosind în mod adecvat lingura și furculița. Poate să dezbrace orice articol vestimentar care are deschiși nasturii, capsele sau șireturile (dezbracă pantalonii, pulovere, haine descheiate, șosete).

Închide și deschide fermoare fără să acționeze închizătoarea. Știe să se îmbrace numai cu pantalonii, dar nu și cu bluze, pulovere, șosete.

Controlul sfincterian este bine format și indică nevoia de a merge la toaletă prin gesturi sau se orientează singur către ea în propria casă.

4. Cognitiv

Face asocieri de obiecte identice, dar nu reușește să asocieze obiecte la imaginile corespunzătoare. Nu indică imaginile numite.

Poate să completeze un incastru de trei figuri. Nu cunoaște culorile, formele, mărimile, prepozițiile.

5. Motor

Motricitatea grosieră este mai bine dezvoltată decât cea fină, fiind capabil să alerge, să urce și să coboare scările, să sară pe două picioare, să meargă cu spatele. Nu poate să arunce și să prindă mingea, dar dă cu piciorul în ea.

Dezvoltarea motorie fină este deficitară. Are pensa digitală formată, dar nu își coordonează foarte bine mișcările mâinilor și ale degetelor. Nu poate să facă morișca cu mâinile și apucă obiectele preponderent cu toata mâna, fără să se folosească de pensa digitală. Mâzgălește cu creionul fără a ține instrumentul de scris în poziție corectă și nici nu are coordonarea mâinii suficient de dezvoltată pentru a putea realiza trasee grafice care necesită precizie (linii orizontale sau verticale, cercuri, pătrate, cruci, colorare în contur fără depășirea acestuia).

Poate să construiască turnuri din 7 - 8 cuburi.

BCU IAȘI - CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

VLAD LA PRIMA EVALUARE

Data evaluării	04.04.2008	
Vârsta cronologică	66 luni (5 ani 6 luni)	
Vârsta mintală	32,6 luni (2 ani 8 luni)	
Scale Portage	Socializare	18 luni (1 an şi 6 luni)
	Limbaj	17 luni (1 an şi 5 luni)
	Autoservire	41 luni (3 ani şi 5 luni)
	Cognitiv	27 luni (2 ani şi 3 luni)
	Motor	60 luni (5 ani)

IQ=49,39

1. Socializare

La prima evaluare realizată, Vlad nu are dezvoltat comportamentul de imitaţie (nu imită mişcările copiilor în joc, nu imită acţiuni simple sau obiceiuri ale adulţilor). Nu manifestă niciun interes pentru copiii sau adulţii nefamiliari şi evită să interacţioneze cu ei.

Comportamentele ludice sunt aproape absente, Vlad fiind dominat de autostimulări şi stereotipii specifice copiilor autişti. Singurele jocuri care îi fac plăcere şi în care a acceptat prezenţa adultului sunt cele care presupun gâdilături sau legănări. Nu iniţiază comunicarea în relaţie cu ceilalţi.

Din cauza întârzierii în dezvoltarea limbajului, nu foloseşte nicio formulă de salut sau de politeţe, precum „te rog" sau „mulţumesc". Din punct de vedere al socializării, întregul comportament indică retragerea faţă de lumea exterioară, lipsa de relaţionare cu semenii.

2. Limbaj

Vlad nu foloseşte niciun cuvânt cu sens pentru a denumi obiecte sau persoane din jurul lui. Cunoaşte aproximativ 12 obiecte familiare pe care le indică atunci când sunt numite, dar nu denumeşte niciun obiect cunoscut. Nu ştie să răspundă afirmativ sau negativ (da/nu) la întrebările legate de propriile sale nevoi sau dorinţe.

Nu foloseşte nicio formă de interogaţie. Limbajul expresiv este redus la vocalizarea unor sunete sau silabe diferite şi în jocul său vocalic pronunţă cuvinte simple, precum „apă", „da", „nu", „pa", „pipi", „caca", „păr", „aici".

Toate aceste cuvinte nu au semnificaţie şi nici nu sunt folosite în sensul real al comunicării (al dorinţei de a comunica ceva prin ele celor din jur). Poate indica 3 - 5 imagini dintr-o carte când acestea sunt denumite şi recunoaşte 10 părţi ale corpului.

3. Autoservire

Se dezbracă singur şi se îmbracă în 50% din cazuri. Nu îşi pune şosetele sau dresul, şi se încalţă cu ajutor. Nu foloseşte niciun cuvânt pentru a indica nevoia de a merge la toaletă, ci se foloseşte numai de gesturi. Uneori, se mai întâmplă şi accidente în timpul nopţii.

BCU "CAROL I" CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Folosește tacâmurile când mănâncă, dar nu mânuiește foarte corect lingura când o duce spre gură cu alimente lichide pentru că o înclină suficient de mult încât aproape tot lichidul se scurge înapoi în farfurie. Nu tolerează foarte bine carnea; se spală pe dinți prin indicații verbale și imitație. Nu se șterge cu prosopul foarte bine nici pe mâini, nici pe față.

4. Cognitiv

Din punct de vedere al dezvoltării cognitive, Vlad se află la vârsta de 2 ani și 3 luni. Poate face asocieri de obiecte identice, de obiecte cu imaginea lor. Completează un incastru de trei figuri. Indică la cerere zece părți ale corpului, dar nu le denumește.

Nu a achiziționat noțiunile de mare-mic, culorile și nici formele. Nu înțelege semnificația prepozițiilor sau a altor cuvinte care indică relații spațiale între obiecte. Nivelul cognitiv se află în stadiul operațiilor concrete. Nu are format conceptul de categorie, prin urmare nu poate asocia obiecte la categoria în care aceasta este inclusă.

Nu cunoaște numerele și nici conceptul de mulțime de obiecte căreia i se poate asocia un număr. Noțiunile temporale și orientarea în timp sunt absente. Interesul pentru activitatea pregrafică (mâzgălit, desen, pictat, imitarea unor trasee grafice) este absent. Nu imită decât linia orizontală și în realizarea ei nu are precizie. Mâzgălește cu creionul pentru perioade scurte de timp, aceasta fiind o activitate total lipsită de interes pentru Vlad.

5. Motor

Dezvoltarea motorie grosieră este foarte bună, apropiată de nivelul de dezvoltare al unui copil de vârsta lui reală. Aria de dezvoltare motorie în care apare un deficit este motricitatea fină (tăiat cu foarfeca, decupat după contururi drepte sau curbe, desenul și activitatea pregrafică în genere, coloratul în interiorul unor contururi).

În plus, acest deficit este accentuat de lipsa interesului pentru activități care implică motricitatea fină, precum și de deficitul de atenție și lipsa de concentrare în timpul sarcinii specifice copiilor autiști.

DARIUS LA PRIMA EVALUARE

Data evaluării	06.11.2008	
Vârsta cronologică	36 luni (3 ani)	
Vârsta mintală	24 luni (2 ani)	
Scale Portage	**Socializare**	18 luni (1 an și 6 luni)
	Limbaj	14 luni (1 an și 2 luni)
	Autoservire	27 luni (2 ani și 3 luni)
	Cognitiv	24 luni (2 ani)
	Motor	34 luni (2 ani și 10 luni)

BCU IAȘI CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

1. Socializare

La prima evaluare realizată, Darius nu are dezvoltat comportamentul de imitație (nu imită mișcările copiilor în joc, nu imită acțiuni simple sau obiceiuri ale adulților). Nu manifestă niciun interes pentru copiii sau adulții nefamiliari și evită să interacționeze cu ei.

Comportamentele ludice sunt aproape absente, Darius fiind dominat de autostimulări și stereotipii specifice copiilor autiști. Nu inițiază comunicarea în relație cu ceilalți. Din cauza întârzierii în dezvoltarea limbajului, nu folosește nicio formulă de salut.

Din punct de vedere al socializării, întregul comportament indică retragerea față de lumea exterioară, lipsa de relaționare cu semenii.

2. Limbaj

Darius nu folosește niciun cuvânt cu sens pentru a denumi obiecte sau persoane din jurul lui. Nu cunoaște obiectele familiare, nu denumește niciun obiect cunoscut.

Nu știe să răspundă afirmativ sau negativ (da/nu) la întrebările legate de propriile sale nevoi sau dorințe.

Nu folosește nicio formă de interogație. Nu are masterate elemente din limbajul expresiv.

3. Autoservire

Nu se dezbracă singur și nu se îmbracă independent. Nu-și pune șosetele sau dresul și se încalță cu ajutor. Nu folosește niciun cuvânt pentru a indica nevoia de a merge la toaletă, având nevoie de ajutor (poartă pampers).

Nu folosește tacâmurile adecvat când mănâncă, mânuind cu dificultate lingura. Nu se șterge cu prosopul nici pe mâini, nici pe față, este mereu ajutat.

4. Cognitiv

Din punct de vedere al dezvoltării cognitive, Darius se află la vârsta de 2 ani, fiind capabil să caute diverse obiecte care au fost îndepărtate de către terapeut din linia directă a vederii sale, este capabil să manevreze diverse obiecte (să le pună și să le extragă din diverse containere sau cutii). Copilul poate mânui obiecte sonore (să zornăie din zdrăngănitoare prin imitație).

Subiectul indică două părți ale corpului (capul, mâna). Acesta realizează turn folosind trei cuburi; potrivește obiecte asemănătoare (cană la cană, mașinuță la mașinuță). Are însușite elemente din programul de imitație grafică, cum ar fi faptul că mâzgălește pe foaia de hârtie asemenea terapeutului.

Este capabil să asocieze câteva obiecte familiare cu imaginile acestora (cană, mașină, minge, papuc).

5. Motor

Copilul urcă scările fără ajutor, rostogolește mingea pe podea imitându-l pe adult, pune diferite inele pe suportul metalic, face turn utilizând trei sau patru piese, se așează în scaun cu ușurință, stă pe vine, se apleacă, și revine, apoi, la forma inițială.

BCU CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Cea de-a doua (și a treia în cazul lui Vlăduț) evaluare cu testul Portage nu a avut loc simultan la cei patru subiecți din considerente obiective, care țin de alegerea momentului oportun atât pentru părinți, personal și desfășurarea programelor curente, ținând cont și de restul demersurilor terapeutice (generalizarea și socializarea).

Respectând modelul prezentării datelor obținute din prima evaluare, pentru o mai bună evidențiere a cazurilor și diferențelor apărute vom prezenta următoarele rezultate de la o ultimă evaluare în aceeași ordine a cazurilor:

IONUȚ LA ULTIMA EVALUARE

Data evaluării	04.03.2010	
Vârsta cronologică	37 luni (3 ani și 1 lună)	
Vârsta mintală	39,4 luni (3 ani și 3 luni)	
Scale Portage	**Socializare**	39 luni (3 ani și 3 luni)
	Limbaj	46 luni (3 ani și 10 luni)
	Autoservire	33 luni (2 ani și 9 luni)
	Cognitiv	42 luni (3 ani și 6 luni)
	Motor	37 luni (3 ani și 1 lună)

IQ=106,48

1. Socializare

Contactul vizual s-a îmbunătățit considerabil. Ionuț caută privirea celui cu care comunică și caută prezența celuilalt. Nu-i place să fie lăsat singur, caută să interacționeze cu adulții și cu copiii. Inițiază comunicarea și diverse jocuri. Pe copii îi ia în brațe, dorește să le vorbească și să se joace cu ei. Oferă și împarte jucării cu alte persoane. Imită foarte bine acțiuni, mișcări, gesturi, obiceiuri.

Poate să imite secvențe de peste 10 mișcări înlănțuite realizate de altă persoană. A devenit interesat de cărțile cu imagini și îi cere adultului să-i citească din ele, să-i povestească. Are chiar preferințe pentru anumite cărți, și recunoaște toate obiectele uzuale din imagini și acțiunile care se desfășoară în acele imagini.

Cooperează cu părinții când i se dau sarcini. Spune „te rog" și „mulțumesc" în situațiile în care aceste formule de politețe se impun. Își așteaptă rândul în jocurile care presupun acest fapt.

2. Limbaj

Dezvoltarea limbajului, cu ambele sale componente, receptivă și expresivă, a avut un salt extraordinar în cazul lui Ionuț. Pune întrebări precum „Ce este?" în scopul descoperirii unor obiecte pe care nu le cunoaște. Folosește onomatopee pentru a indica diverse animale și poate denumi chiar și animalele respective. Arată pe degete câți ani are, poate cere „mai mult" și spune „gata" dacă nu mai dorește continuarea unei activități. Ionuț folosește propoziții simple și

complexe, până la 5-6 cuvinte. Folosește adverbe precum: „acolo", „aici" și prepoziții care indică locația unor obiecte: „pe", „sub", „lângă". Răspunde la întrebări de tipul: „Unde?", „Cine?". Povestește uneori lucruri care i s-au întâmplat, dar din acest punct de vedere încă nu povestește asemenea unora dintre copiii de vârsta lui.

Cunoaște denumirea obiectelor din jurul lui, a celor din pliantele de la magazine, iar dacă se întâmplă să nu cunoască denumirea încearcă să asocieze acel obiect cu utilitatea lui, spunând „pentru ce" este folosit acel obiect.

Pronunția cuvintelor este încă defectuoasă din cauza efortului scăzut al lui Ionuț de a pronunța corect, în ciuda faptului că poate pronunța toate sunetele limbii române. Poate să-l pronunțe chiar și pe „r", dar are nevoie de exerciții logopedice pentru a-l pronunța corect în cadrul cuvintelor. A învățat cântece scurte și poezii, de asemenea, pe care le recită cu plăcere, cum ar fi „Cățeluș cu părul creț", „Avion cu motor", „Podul de piatră". Limbajul lui este spontan, complex și cu rol de comunicare.

3. Autoservire

A învățat să se îmbrace cu pantaloni, bluze, pulovere, șosete. Controlul sfincterian este mai bun și a început să ceară la toaletă în 90% din cazuri. În momentul acestei evaluări nu mai poartă scutec decât pe parcursul nopții.

Acum Ionuț acceptă liniștit să stea pe oliță atâta timp cât este nevoie. Adesea cere să fie așezat, sau se duce singur la oliță dacă simte nevoia. A învățat să înfigă furculița în alimente. Dacă se murdărește la gură sau la nas, se șterge singur cu șervețelul dacă i se amintește; nu suflă nasul.

4. Cognitiv

Numește acțiuni din imagini, recunoaște și numește acțiuni realizate de alte persoane. Indică și denumește la cerere toate părțile corpului pe propriul corp, pe altă persoană și pe păpușă (cunoaște chiar și părți precum: palmă, ceafă, sprâncene, pleoapă, șold etc). Și-a însușit formele geometrice pe care le poate asocia imaginilor lor. Cunoaște toate culorile și le denumește la cerere pe obiectele din jur.

A învățat să numere obiecte până la cifra cinci. Completează puzzle de până la 12 piese. Arată spre sine când este întrebat. Folosește noțiunile de mare-mic, închis-deschis, în mod adecvat.

5. Motor

Nivelul de dezvoltare al motricității este conform vârstei sale reale, fiind prezent un mic deficit al motricității fine, cauzat de insuficienta exersare a degetelor mâinii și a mușchilor implicați în realizarea trasee lor grafice.

BCU IAȘI CENTRALĂ UNIVERSITARĂ LIBRARY

ANDREI LA ULTIMA EVALUARE

Data evaluării	01.05.2010	
Vârsta cronologică	41 luni (3 ani și 5 luni)	
Vârsta mintală	30,8 luni (2 ani și 6 luni)	
Scale Portage	Socializare	19 luni (1 an și 7 luni)
	Limbaj	23 luni (1 an și 11 luni)
	Autoservire	36 luni (3 ani)
	Cognitiv	32 luni (2 ani și 8 luni)
	Motor	44 luni (3 ani și 8 luni)

IQ=75,60

1. Socializare

Andrei este un copil vesel, care își exprimă bucuria prin gesturi, expresivitate facială și vocalizări atunci când vede persoane de care este atașat sau când se întâmplă ceva care îl bucură. Îi place să se joace mai mult singur decât cu alte persoane și este capabil să se joace liniștit un timp îndelungat lângă adult (20-15 minute).

Acceptă absența părinților, continuându-și jocul. În jocul său manipulează obiectele în mod adecvat. Îi plac jocurile cu alte persoane dacă acestea presupun acțiuni fizice precum tumbe, gâdilat, alergare în urma căreia este prins. Îi plac copiii și când îi vede simte nevoia să-i ia în brațe.

Dacă se află într-un loc în care mai sunt și alți copii, nu suportă ideea că un copil poate pleca din acel loc, iar el să rămână într-un fel singur. Nu interacționează însă în joc cu aceștia, dar se poate juca lângă alt copil, făcând o activitate separată. Cooperează cu părinții în 75% din cazurile în care aceștia solicită ceva de la el.

2. Limbaj

Vocalizează, repetă sunete și cuvinte rostite de alte persoane. Amintesc faptul că Andrei era un copil nonverbal, care nu imita niciun sunet produs de adult. Folosește mai multe cuvinte prin care denumește obiecte din mediul înconjurător, jucării, persoane familiare. Recunoaște și denumește toate culorile. Indică imagini din cărți atunci când acestea sunt numite.

Recunoaște toate părțile corpului pe sine, pe altă persoană și pe păpușă și denumește zece părți ale corpului. Răspunde la întrebarea „Ce este asta?", denumind obiectul, și la întrebarea „Cine?", numind persoana care a făcut o acțiune. Folosește în vorbirea spontană răspunsuri de tipul „Da/Nu" atunci când situația o cere. Combină gesturi și cuvinte pentru a-și face cunoscute dorințele, inclusiv pentru nevoia de a merge la toaletă. Îndeplinește două comenzi legate între ele.

Pronunția este defectuoasă, cu sunete pe care nu le poate reproduce corect, deși încearcă, fapt care îngreunează achiziția limbajului expresiv. Totuși,

BCU "CAROL I" UNIVERSITY LIBRARY

progresele sunt foarte mari şi prin exerciţii logopedice va reuşi să-şi depăşească dificultăţile de pronunţie.

3. Autoservire

Andrei a învăţat să se îmbrace singur cu jachete, haine, cămaşă. Îşi pune şosetele şi mănuşile. În 75% din cazuri finalizează îmbrăcatul, fiind capabil să încheie fermoare, potrivind închizătoarea acestora. Nu închide şi deschide nasturii la haine, dar a învăţat să descheie nasturii mari la o jachetă pusă pe o platformă de învăţare. Se încalţă cu ghetele dacă este ajutat, iar papucii îi poate pune singur în picioare. Mănâncă singur întreaga masă şi foloseşte tacâmurile în mod corespunzător pentru a mânca.

4. Cognitiv

Asociază obiectele cu imaginile lor şi poate indica atât obiecte din mediu cât şi imagini atunci când sunt denumite. Face asocieri de culori, forme cu imaginile lor. Înţelege apartenenţa obiectelor la categoriile din care fac parte şi aranjează în consecinţă obiecte pe categorii.

Poate rezolva puzzle de până la 16 piese cu minimum de ajutor sau fără. Construieşte în mod imitativ un pod din trei cuburi, dar şi alte construcţii din patru cuburi. Indică obiecte mari şi mici la cerere, numeşte şi identifică obiecte „la fel" şi „diferite".

Cunoaşte toate părţile corpului, pe care le indică la cerere pe propriul corp, pe altă persoană, pe păpuşă şi în imagini.

5. Motor

Dezvoltarea motorie este adecvată vârstei reale pe care o are Andrei. Poate să coboare trepte cu ajutor şi singur, aleargă schimbând direcţia, îşi menţine echilibrul pe o scândură lată, sare pe două picioare de mai multe ori. A învăţat să se joace cu mingea, pe care o aruncă la distanţă de un metru şi jumătate, şi prinde mingea.

Poate să despacheteze obiecte mici, să pună păpuşi una lângă alta, pretinzând că se ţin de mână sau că se sărută, poate ţine în mână un trandafir realizat din plastilină fără a-l deforma, întoarce paginile unei cărţi una câte una.

VLAD LA ULTIMA EVALUARE

Data evaluării	01.04.2010	
Vârsta cronologică	71 luni (5 ani şi 11 luni)	
Vârsta mintală	38,2 luni (3 ani şi 11 luni)	
Scale Portage	**Socializare**	20 luni (1 an şi 8 luni)
	Limbaj	26 luni (2 ani şi 2 luni)
	Autoservire	46 luni (3 ani şi 10 luni)
	Cognitiv	38 luni (3 ani şi 2 luni)
	Motor	61 luni (5 ani şi 1 lună)

IQ=53,8

BCU IAŞI CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

1. Socializare

Vocalizează când i se dă atenție și încearcă să răspundă, în măsura în care știe, la întrebările și indicațiile care i se adresează. Cooperează în 50% din cazuri cu adulții din jurul său. Folosește formulele de politețe „te rog" și „mulțumesc" când i se amintește. Salută atunci când intră într-o încăpere în care sunt mai multe persoane, uneori spontan, alteori având nevoie să i se amintească. Dacă intră o persoană cunoscută într-o încăpere în care se află el, îi spune „Bună", urmat de numele acelei persoane.

Interacționează numai cu adulții pe care îi acceptă în jocul său, dar nu și cu copiii. Pe aceștia din urmă îi ignoră. Jocul său s-a îmbunătățit și este capabil să imite în joc obiceiuri ale adulților, să se joace cu un trenuleț, se implică în jocuri verbale, precum poeziile și cântecele de la care a învățat fie numai ultimul cuvânt al versurilor, fie tot versul. Îi place să fie alergat, prins și apoi gâdilat, cere jocul „Dii, călușul!": îi place să se joace cu sania în zăpadă.

Am amintit toate aceste jocuri pentru că în momentul începerii terapiei Vlad nu avea niciun joc mai elaborat care să-l bucure sau să-l atragă, preferând izolarea pentru a-și manifesta comportamentele stereotipe și de autostimulare (sărit pe două picioare timp îndelungat și fără întrerupere).

2. Limbaj

Folosește numeroase cuvinte cu sens pentru a denumi obiecte din mediul înconjurător, din imagini, jucării preferate, pentru a numi persoane familiare. Folosește limbajul expresiv și gesturile pentru a cere ceea ce dorește, inclusiv nevoia de a merge la toaletă.

Cere alimente și jucării preferate prin formule de genul „Te rog, vreau X" sau „Te rog, vreau să beau Fanta", și denumește foarte precis ceea ce dorește (semințe, jeleu, ciocolată, covrigei etc). Folosește răspunsuri afirmative și negative când i se adresează întrebări referitoare la ceea ce dorește. Poate să ceară „mai vreau" atunci când dorește continuarea unei acțiuni care îi face plăcere. Răspunde la întrebări precum „Ce este asta?" prin denumirea obiectului respectiv, „Ce face?" prin denumirea acțiunii pe care o îndeplinește cineva din jurul lui sau din imagini prezentate. Își spune la cerere numele întreg și poate să răspundă la câteva întrebări mai simple legate de propria sa persoană.

Recunoaște și denumește toate părțile corpului (pe propriul corp, la altă persoană, pe păpușă și pe imagini cu oameni, părți ale corpului uman, sau imagini cu animale), recunoaște și denumește toate culorile, simbolurile cifrelor de la 1 la 10.

Poate îndeplini comenzi simple și combinații de două comenzi legate între ele. Limbajul receptiv este mai dezvoltat decât cel expresiv.

3. Autoservire

Se dezbracă singur și se îmbracă cu toate articolele vestimentare, finalizând acțiunea de îmbrăcare în aproximativ 75% dintre situații. Își încalță singur pantofii cu arici, poate încheia fermoare, își pune singur șosetele și dresurile. Cere să meargă la toaletă, folosind gesturi și formulări verbale precum

„Vreau la baie, fac pipi" sau „Deschide ușa, fac pipi". După ce folosește toaleta trage apa și se spală pe mâini, având nevoie de indicații verbale uneori, și se șterge corect pe mâini cu prosopul.

În legătură cu toaleta trebuie menționat faptul că în mediul familial se orientează singur către toaletă atunci când are nevoie, fără a fi nevoit să ceară acest lucru, în timp ce într-un mediu necunoscut sau în care depinde de alte persoane pentru a se orienta în spațiu, fie indică prin gesturi și prin formulările verbale de mai sus, fie așteaptă până în momentul în care este prea târziu pentru a evita un accident. Această ultimă situație nu se întâmplă decât în anumite perioade, existând posibilitatea ca aceste accidente să reprezinte o formă de enurezis pe fondul unor frustrări resimțite în plan afectiv.

Până în prezent nu există o explicație sigură a acestor accidente care nu pot fi puse pe seama insuficienței controlului sfincterian. Mănâncă singur preponderent alimente lichide (supe), folosind în mod adecvat lingura. Poate totuși să înfigă furculița în bucăți de mâncare.

4. Cognitiv

Face asocieri de obiecte similare, de obiecte la imaginile corespondente. Îi place să asocieze texturi identice. Recunoaște și numește obiectele din jurul său, din imaginile cărților, acțiuni realizate de adulții din jur, acțiuni din imagini.

Numește obiecte care produc sunete după zgomotul produs. Numără cu ajutor până la zece și fără ajutor până la cinci, uneori și mai mult. Cunoaște toate simbolurile cifrelor de la 1 la 10 și le numește corect la cerere, dar nu are încă format conceptul de mulțime de obiecte și asocierea unei mulțimi cu cifra corespunzătoare numărului de obiecte pe care îl cuprinde. Cunoaște simbolurile literelor mari de tipar de la A la M. Numește toate culorile și le indică și pe obiecte când i se cere, precum și toate părțile corpului. Poate rezolva puzzle de până la 24 de piese și face cu plăcere orice puzzle pe calculator.

Activitatea pregrafică îi trezește un interes mai mare decât îl avea la începutul terapiei. Mângâie cu creionul, colorează fără a avea precizie și depășind contururile, pictează, poate trasa prin imitație linii orizontale, verticale și trasee circulare. Poate sta prins în acțiunea de a picta 10 - 15 minute.

5. Motor

Motricitatea fină este încă deficitară în sensul că majoritatea acțiunilor care presupun activități motrice fine nu-i trezesc un interes deosebit lui Vlad.

Totuși apucă corect creionul atunci când colorează. Nu poate decupa după contururi. Comportamentul motor grosier este bine dezvoltat.

BCU IASI CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

DARIUS LA ULTIMA EVALUARE

Data evaluării	06.11.2011	
Vârsta cronologică	78 (6 ani)	
Vârsta mintală	48 (4 ani)	
Scale Portage	**Socializare**	36 luni (3 ani)
	Limbaj	24 luni (2 ani)
	Autoservire	40 luni (3 ani și 4 luni)
	Cognitiv	42 luni (3 ani și 6 luni)
	Motor	48 luni (4 ani)

1. Socializare

La ultima evaluare realizată, Darius și-a dezvoltat comportamentul de imitație (în prezent imită mișcările copiilor în joc în proporție de 25%, imită acțiuni simple sau unele obiceiuri ale adulților).

A început să manifeste interes pentru copiii sau adulții mai puțin familiari și să interacționeze cu aceștia în proporție de 20%. Comportamentele ludice au fost masterate, comportamentele de autostimulare și stereotipiile specifice copiilor autiști au fost reduse.

Copilul momentan inițiază comunicarea în relație cu ceilalți (de exemplu: salută când se întâlnește cu o persoană străină).

2. Limbaj

Darius folosește câteva cuvinte cu sens pentru a denumi obiecte sau persoane din jurul lui (de exemplu: „apă", „suc", „mașină", „autobuz", „avion", „televizor", „dulap", „lingură"). A masterat câteva obiecte familiare din mediul său.

În momentul în care își dorește un lucru sau respinge un altul, copilul face discriminarea între răspunsul pozitiv și cel negativ. Are masterate unele elemente din limbajul expresiv (de exemplu: „Ce este?" - cană, calculator, masă etc).

3. Autoservire

Se dezbracă singur și se îmbracă, menținându-se anumite probleme la îmbrăcarea și dezbrăcarea pantalonilor. Se încalță încă cu ajutor.

Copilul folosește un singur cuvânt pentru a indica nevoia de a merge la toaletă (de exemplu: „pipi"). Este capabil să folosească tacâmurile adecvat când mănâncă, în proporție de 80%.

4. Cognitiv

Subiectul indică părțile corpului și cunoaște funcțiile acestora (de exemplu: „Ce este pentru mirosit?" etc).

Acesta realizează turn folosind zece cuburi alternând construcția cu terapeutul (masterarea programului de așteptarea rândului); potrivește obiecte asemănătoare pe categorii, cum ar fi: tacâmuri, obiecte de baie, îmbrăcăminte.

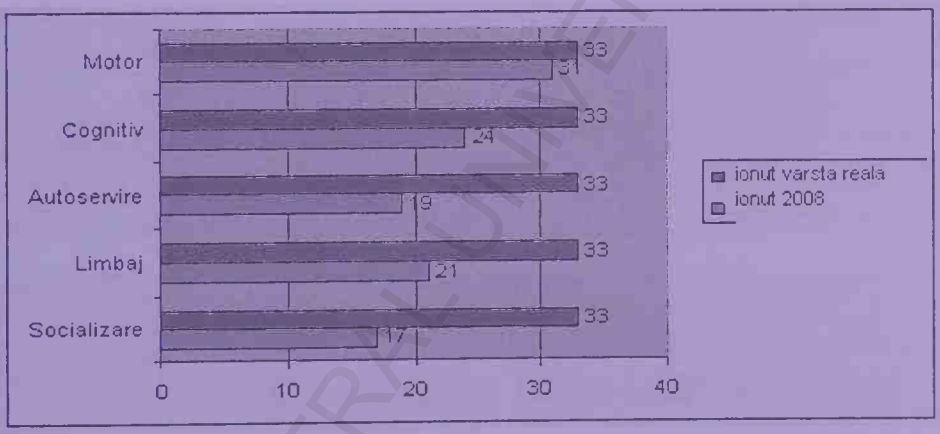
5. Motor

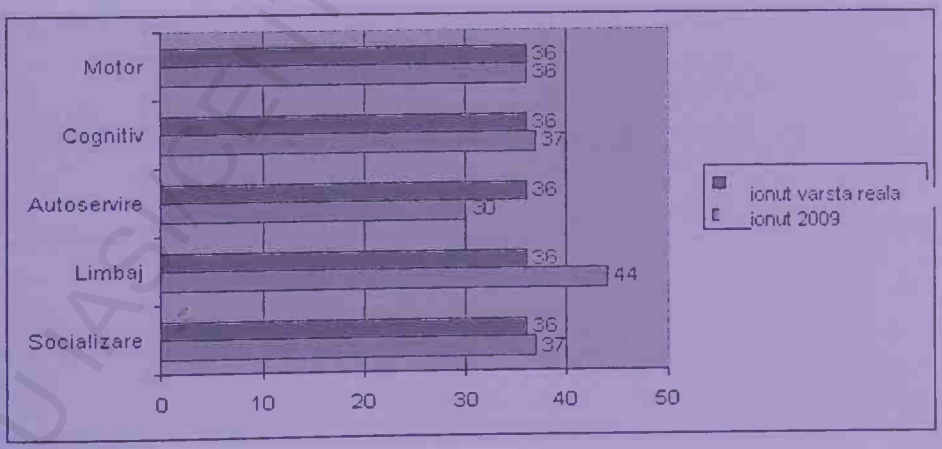
BCU CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Copilul urcă scările fără ajutor, rostogolește mingea pe podea imitându-l pe adult, merge pe o bancă de gimnastică, menținându-și echilibrul în majoritatea cazurilor, aruncă mingea de la el spre terapeut sau un alt copil.

După încheierea studiilor de caz și aplicarea și interpretarea ultimelor teste de evaluare se pot evidenția progresele prin următoarele tabele:

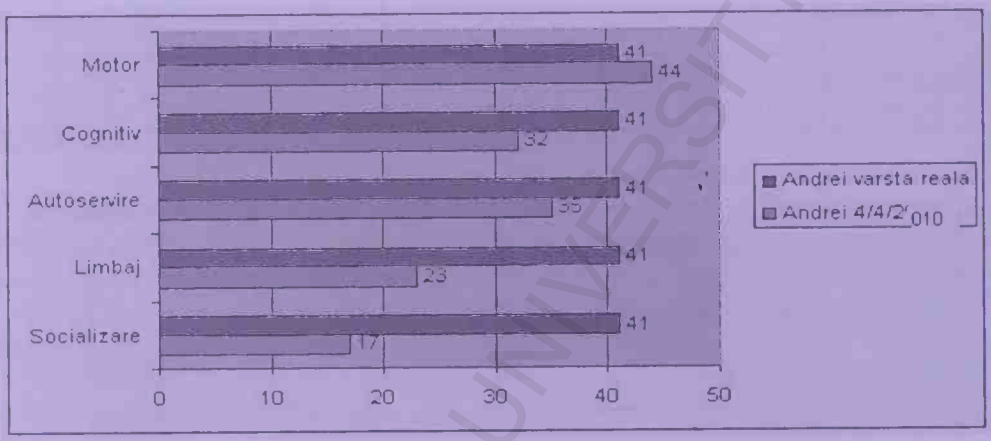
Ionuț						
Datele evaluării	04.10.2009	vârsta reală	04.03.2010	vârsta reală	04.03.2010	vârsta reală
Socializare	17	33	37	36	39	37
Limbaj	21	33	44	36	46	37
Autoservire	19	33	30	36	32	37
Cognitiv	24	33	37	36	42	37
Motor	31	33	36	36	37	37

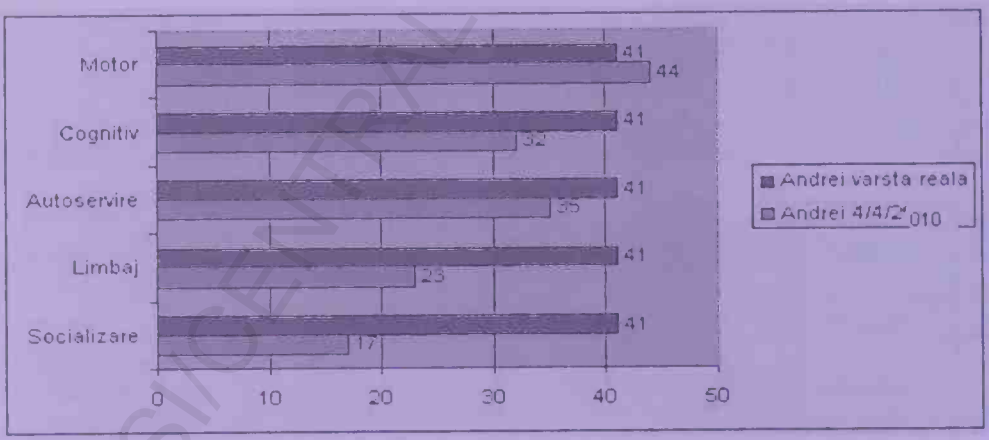




BCU IASI CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

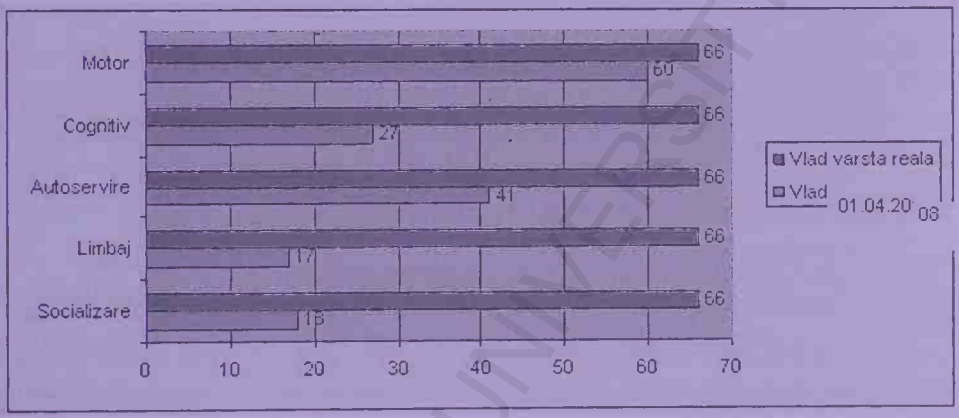
Andrei				
Data evaluării	18.11.2009	vârsta reală	01.05.2010	vârsta reală
Socializare	13	38	17	41
Limbaj	12	38	23	41
Autoservire	32	38	35	41
Cognitiv	20	38	32	41
Motor	35	38	44	41

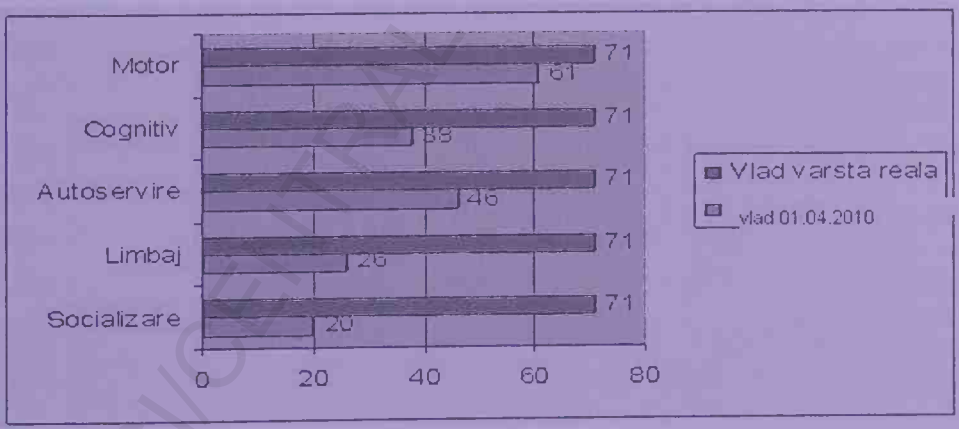




BCU IASI CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Vlad				
Data evaluării	04.04.2008	vârsta reală	01.04.2010	vârsta reală
Socializare	18	66	20	71
Limbaj	17	66	26	71
Autoservire	41	66	46	71
Cognitiv	27	66	38	71
Motor	60	66	61	71





Pentru o imagine mai corectă, de ansamblu, vom prezenta următorul tabel care conține scorurile tuturor subiecților de la toate evaluările și pe toate cele cinci dimensiuni ale testului Portage:

	Ionuț	Ionuț	Ionuț	Andrei	Andrei	Vlad	Vlad
Data evaluării	04.10. 2009	31.11. 2009	31.02. 2010	18.11. 2009	01.05. 2010	04.04. 2008	01.04. 2010
Socializare	17	37	39	13	19	18	20
Limbaj	21	44	46	12	23	17	26
Autoservire	19	30	33	32	36	41	46
Cognitiv	24	37	42	20	32	27	38
Motor	31	36	37	35	44	60	61
IQ	66.6	100	106	60	75	50	53.8
VR	33	36	37	38	41	66	71
VM	22	36.8	39.4	22.4	30.8	32.6	38.2

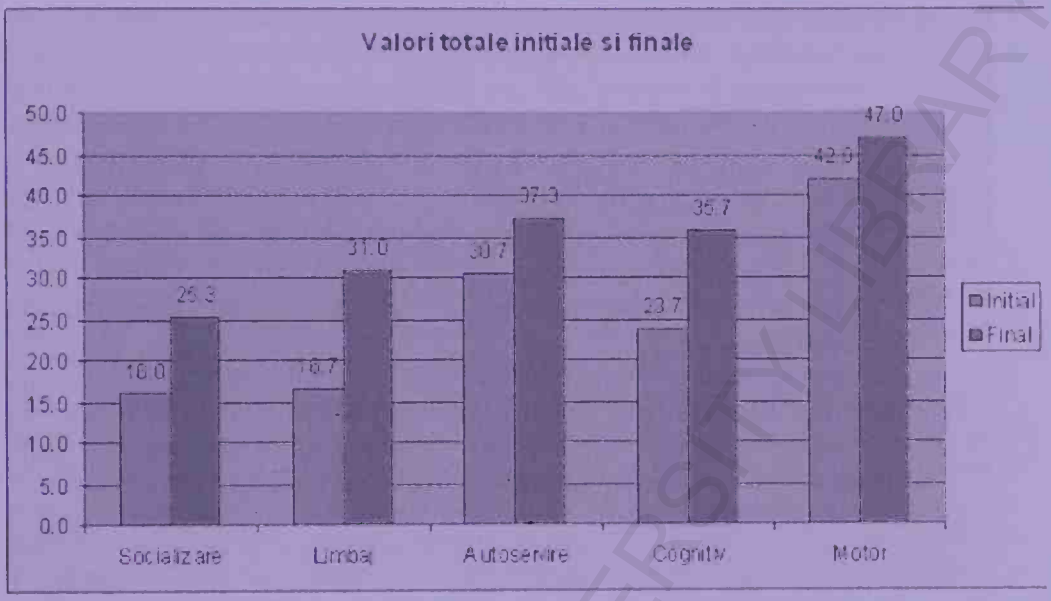
IQ = coeficientul de inteligență calculat în baza testului Portage;

VR = vârsta reală, cronologică;

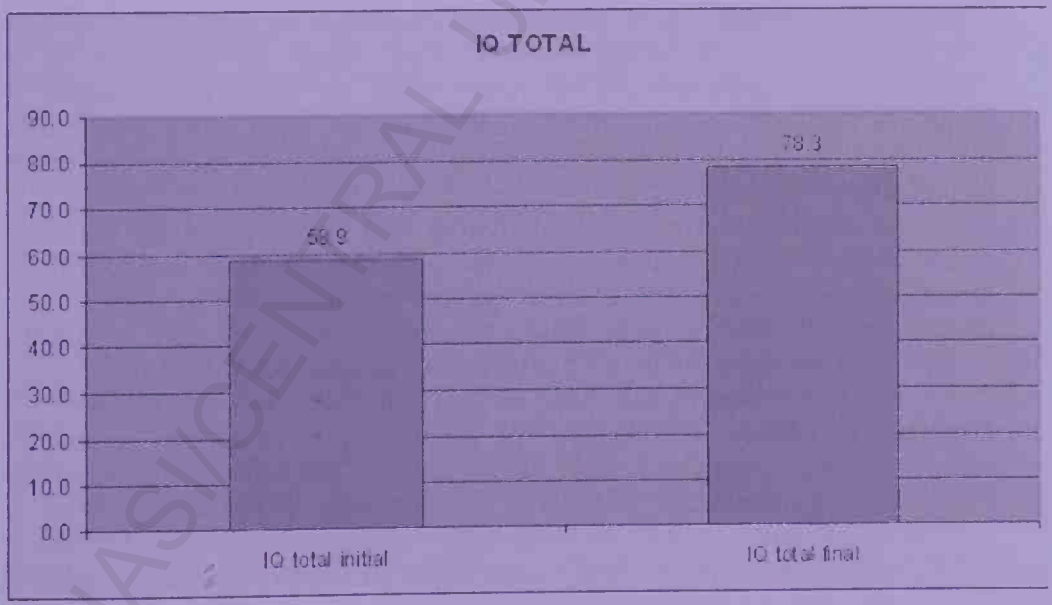
VM = vârsta mentală, de asemenea rezultată în urma aplicării testului Portage.

Aflarea I.Q.-ului este un factor important în cercetare și în lucrul cu copiii autiști (chiar dacă, din cauza specificului sindromului, nu are aceeași însemnătate ca în cazul altor copii) pentru că pe baza stabilirii acestuia, a simptomelor, vârstei, analizei funcționale a comportamentului, abilităților, capacității de comunicare verbală și nonverbală a copilului, a dificultăților sociale, comportamentelor stereotipe și implicarea părinților, se formulează programele individualizate. În ansamblu, rezultatele cumulate ale subiecților, obținute din prima testare și din cea finală, repartizate pe toate cele cinci dimensiuni urmărite, se prezintă astfel:

BCU IAȘI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY



Din tabelul de mai sus putem evidenția diferența dintre I.Q.-ul total al subiecților de la prima testare (inițial), și I.Q.-ul total al subiecților rezultat de la a doua testare (final). Vom elabora următoarea reprezentare grafică:



BCU IASI CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

CONCLUZII

În urma aplicării terapiei ABA se va observa o ameliorare a comportamentului pe următoarele planuri:

- achiziția de comportamente adecvate;
- reducerea comportamentelor negative;
- transformarea comportamentelor neadecvate în comportamente adaptative.

S-a putut remarca faptul că subiecții au achiziționat comportamente sociale, pozitive, numărul celor negative scăzând datorită faptului că o parte din ele au fost transformate direct (de exemplu: În momentul în care apărea o formă de autostimulare, care părea foarte bizară sau chiar periculoasă pentru cei din jur, subiecții erau puși sistematic să aibă o altă manifestare prin care se va putea descărca de energie, dar care se apropie mai mult de ceea ce se poate numi fapt acceptat social), sau indirect (prin faptul că, învățând comportamente și descoperind, aflând cât mai multe lucruri în legătură cu mediul înconjurător, și-au diversificat preocupările, momentele în care intervenea plictiseala, și crizele de isterie devenind mult mai rare).

I.Q.-ul subiecților este considerabil mai mare, și dacă ținem cont de faptul că subiecții care suferă de sindromul autist după vârsta de trei ani fie stagnează în dezvoltare, fie prezintă regres, este evidentă contribuția terapiei ABA. Odată cu acumularea de noi informații se accelerează ritmul de dezvoltare și se îmbunătățesc comportamentele. Se poate spune că odată cu înaintarea în programul terapeutic subiecții învață mult mai repede itemii, se obișnuiesc mult mai repede și mai ușor la programele noi și învață mult mai ușor și din mediul înconjurător.

De asemenea, prompturile, ajutorurile sunt din ce în ce mai puține ca număr când se introduce un nou item, iar autostimulările sunt transformate în acțiuni acceptate social, fie datorită faptului că ei au învățat jocuri, și-au diversificat activitățile și și-au însușit cunoștințe importante care le deschid orizontul și îi fac să fie mai deschiși către mediul înconjurător și anturaj.

Odată cu formarea unei baze cât mai solide de cunoștințe se observă o accelerare a ritmului de învățare, în general și, de asemenea, înmulțirea comportamentelor pozitive. Odată cu învățarea și înțelegerea funcționalității limbajului și a comunicării, în general, scad frustrările și numărul acceselor de furie și se înlocuiesc cu stări de relaționare, copilul exprimându-și dorințele și nevoile și simțindu-se înțeles. Mulți dintre copiii cu autism pot prezenta tulburări de comportament. Neavând structura verbal-socială prin care să articuleze ceea ce simt, ei se vor exprima prin țipete, agresarea celor din jur, azvârlirea de obiecte etc.

BCU "CAROL I" - CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Comportamentul agresiv al copilului cu autism nu este o formă de rea voință, ci este cel mai bun răspuns (din perspectiva lor) pe care îl pot avea la ceea ce li se întâmplă în acel moment. Cel mai bun răspuns al educatorului este să-l învețe pe copilul cu autism să înlocuiască acel comportament agresiv cu un alt răspuns, adecvat social. Controlul comportamentului este foarte eficient dacă este făcut într-o manieră pozitivă, prin recompensarea continuă și sistematică a ceea ce este acceptabil. De exemplu: dacă un copil care țipă, atacă alți copii sau, pur și simplu, azvârle obiecte va primi câte o recompensă pentru zilele în care are un comportament acceptabil, la un moment dat cu siguranță va arăta semne de ameliorare. O condiție este monitorizarea sistematică, pentru început, a momentelor în care comportamentul lui este acceptabil.

Copiii cu autism dezvoltă fixații pe obiecte, persoane, personaje din cărți sau persevorează cu aceleași mișcări la infinit etc. Fixația pe care un copil cu autism o dezvoltă nu trebuie interzisă, ci gândită ca un nou început. Conceperea programului educațional trebuie să se facă având ca bază pasiunile, interesele și fixațiile copilului cu autism. De exemplu, cu un copil cu autism cu fixație pe pești se pot folosi pești decupați ca să învețe operațiile aritmetice, forme geometrice, mărimi, mișcări specifice, să participe într-un joc pe această temă etc. Dacă fixațiile lor ajung să perturbe participarea în clasă la un nivel considerabil (sunt distructive sau consumă foarte mult timp, încât copilul nu poate participa la alte activități), atunci trebuie luată în considerare înlocuirea comportamentului. Punctul de plecare ar fi încercarea de a vedea prin ochii lor de ce fac un anumit lucru și de a înlocui treptat ceea ce este nepotrivit cu un comportament care ar fi acceptabil. Nu putem să interzicem un comportament dacă nu avem cum să-l învățăm să înlocuiască acel comportament cu altul care satisface aceeași nevoie (de exemplu: căutarea unității corpului prin învârtire continuă, ca un ventilator, poate fi cu succes înlocuită cu explorarea senzorială a propriului corp prin exerciții specifice kinetoterapeutice). O educație creativă a copilului cu autism, care folosește fixațiile lor în manieră pozitivă, acceptabilă, poate avea rezultate uimitoare.

Copilul cu autism este cel mai bun profesor al nostru - tot ce vine din lumea lor trebuie să fie un indiciu care să ne ajute să construim comunicarea cu ei. ABA este o tehnologie dezvoltată în scopul maximizării capacității de învățare. Ghidează profesorul în maximizarea acelor elemente de instruire unu-la-unu ce conduc la un proces de învățare eficient și durabil în timp. La prima vedere poate părea o metodă nenaturală, asta deoarece elevul are din start un sistem de învățare defectuos, deci elemente prezente în orice proces normal de învățare trebuie exagerate. Chiar dacă sarcinile predate în primele ore ale tratamentului pot părea minore (de exemplu: să stea pe scaun, să vină la cel care îl cheamă, „mâinile cuminți" etc), toată practica dovedește faptul că, deși mulți elevi nu au stat niciodată pe un scaun pentru o perioadă mai îndelungată de timp (nici măcar în timpul mesei) sau au stat fără a conștientiza motivul, ei vor învăța, într-un timp variabil, să îndeplinească aceste sarcini.

BCU CLUJ / TRANSILVANIA UNIVERSITY LIBRARY

Cei mai mulți elevi cu întârzieri în dezvoltare nu au răspuns niciodată la chemarea părinților. Mulți dintre aceștia și-au chinuit destul de tare părinții, țipând și lovind, tiranizându-i într-un anume fel. Unii elevi au avut și atitudini de conformare în trecut, sporadice, în funcție de starea în care se găseau. Pentru a reuși în mediul educațional, un elev trebuie să învețe să se conformeze dorințelor adulților. Dacă elevul nu va face acest lucru, nimeni nu va putea să-l învețe ceea ce îi este necesar să stăpânească, pentru a-și dezvolta mai multe manifestări de comportament normal. De aceea, sarcinile de început sunt special proiectate, cu intenția de a stabili fundația necesară învățării deprinderilor descrise în terapia ABA, și pentru a clădi încrederea elevului în terapeut și mândria față de sine însuși. Pe măsură ce programul ABA avansează (în 90% din cazuri cu succes), creierul elevului se schimbă. El „învață cum să învețe". Procesul de învățare devine astfel din ce în ce mai natural.

Cel mai rău lucru pe care un părinte sau profesor îl poate face unui copil autist este să creadă că acesta este capabil să învețe în același mod în care o fac copiii normali, și să îl plaseze într-un mediu tipic (fie și cu extra-suport), așteptând ca acesta să „prindă". Dezvoltarea copilului presupune o capacitate uimitoare de a învăța o mulțime de lucruri într-un timp scurt. Copiii autiști sunt mult în urmă la acest capitol, chiar și la vârste fragede. Pur si simplu nu există nicio cale ca ei să învețe „natural" dacă nu sunt pregătiți în scopul achiziționării deprinderilor de bază necesare ca ei să înțeleagă ce se întâmplă în lumea în care trăiesc. Să presupunem că micuțul se află la școală, iar profesorul vorbește despre omizi și fluturi. Copilul tipic va învăța aceasta într-o singură lecție și va prezenta un interes pe termen lung pentru subiect, ceea ce îl va ajuta să se bucure de mediul înconjurător, îi va da ceva (o informație) ce poate împărtăși cu părinții, cu prietenii.

Însă gândiți-vă câte noțiuni trebuie să aibă fixate pentru a pricepe această lecție simplă:

1. categorii de insecte și de mâncare;
2. ideea de transformare (un lucru se transformă în altul);
3. conceptul de „a mânca" și „a dormi";
4. adverbul „în jurul" (construiește un cocon în jurul său);
5. ideea de secvențiere (mai întâi construiește, apoi iese din cocon).

Aceasta este doar o listă parțială: ei trebuie să stăpânească deprinderea de a fi atenți la explicațiile profesorului, de a-și menține concentrarea timp îndelungat. A aștepta ca un copil care nu stăpânește câteva din aceste noțiuni și comportamente să învețe „natural" este o greșeală, ca și plasarea lui într-o sală de clasă „normală". Prin urmare, această repetiție continuă cum ar fi statul la masă sau alte acțiuni „nenaturale" caracteristice ABA, toate acestea sunt rezultatul unei cercetări riguroase asupra procesului de învățare, o amplificare a procesului firesc prin care toți copiii îl folosesc pentru a învăța și a se dezvolta. Acest proces de învățare poate o să pară mai natural dacă îl comparăm cu modul în care un părinte își învață instinctiv copilul să zâmbească. La început, un copil nu are nicio idee

cum să-i răspundă părintelui. Eventual se uită ceva mai insistent, însă în momentul în care părintele primește cel mai mic răspuns, copilul va primi un mare surâs, îmbrățișări puternice etc. Acest lucru se repetă iar și iar până când cel mic dă mamei și tatălui un mare zâmbet și contactul cu privirea.

Copilul autist are nevoie de acest tip de atenție intensivă, sau chiar de atenție intensivă cumulată cu sprijin individualizat pentru a învăța concepte foarte simple cum ar fi „pe" și „în". Dacă acest lucru este făcut în mod corect, atunci copilul va învăța cum să învețe din ce în ce mai repede și cu din ce în ce mai puțină intervenție artificială. Programele ABA sunt concepute astfel încât să urmeze principiul terapeutic de la simplu la complex. Programele de început, deși aparent sunt foarte simple (potriviri de obiecte identice, asocieri de imagini, instrucții simple, imitație nonverbală), acestea vor forma baza cognitivă. Ele au menirea de a forma deprinderi de asociere mintală, de analiză a asemănărilor și deosebirilor, de sinteză a elementelor percepute, fără de care o formare a operațiilor mintale mai elaborate nu poate fi posibilă. În același timp, aceste programe de început îl vor învăța pe copil să fie atent la ceea ce îi cere o altă persoană și să îi răspundă corect (cu atât mai mult cu cât terapia ABA este o metodă ce urmărește să-i ofere soluții adaptative copilului care nu poate găsi singur aceste soluții).

Pe măsură ce terapia avansează, programele devin din ce în ce mai complexe și, bazându-se pe achizițiile formate din primele programe, ele vor dezvolta capacitatea copilului de a clasifica obiectele din jurul sau în categorii, de a opera în plan mintal cu elementele componente fiecărei categorii, de a număra, a citi, a scrie, a răspunde la întrebări, a vorbi despre diverse subiecte. Prin urmare, nu se va introduce niciun program nou, mai complex până când operațiile mintale necesare pentru a forma baza pentru acest program nu sunt exersate și formate prin programe mai simple.

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

REZUMAT

Analiza comportamentală este o abordare științifică a înțelegerii comportamentului și a modului în care acesta este afectat de către mediu. „Comportamentul" se referă la toate acțiunile și abilitățile (nu doar la proasta purtare), iar „mediul" include toate tipurile de evenimente sociale și fizice care ar putea modifica sau care ar putea fi modificate de către comportamentul unei persoane. Analiza științei comportamentale se axează pe principii legate de modul în care funcționează comportamentul și de modul în care se produce procesul de învățare.

De exemplu, un principiu al analizei comportamentale este o întărire pozitivă a lucrului respectiv: când un comportament este urmat de un lucru cu valoare (o recompensă) acel comportament are șanse să fie repetat. Ca urmare a zeci de ani de cercetare, domeniul analizei comportamentale a dezvoltat multe tehnici de înmulțire a comportamentelor folositoare și de reducere a celor care ar putea fi dăunătoare sau care ar putea perturba procesul de învățare.

Analiza comportamental aplicată (ABA) înseamnă folosirea acestor tehnici și principii pentru a aborda probleme importante din punct de vedere social și pentru a determina o schimbare de comportament semnificativă.

Metodele ABA au fost folosite cu succes pentru multe persoane de vârste diferite, cu sau fără dizabilități în diverse contexte. La începutul anilor '60, analiștii comportamentali au început să lucreze cu copii mici cu autism și tulburări asemănătoare. Acei pionieri au folosit tehnici în care adulții controlau în mare parte procesul de instruire, precum și unele în care copiii aveau inițiativă. De atunci, o gamă largă de tehnici ABA au fost dezvoltate pentru construirea unor abilități folositoare în rândul persoanelor cu autism de toate vârstele. Acele tehnici sunt folosite atât în situații structurate (cum ar fi instruirea formală în sălile de clasă), în situații de zi cu zi mai „naturale", cât și în instruirea față în față și în grup.

Acestea sunt folosite pentru a dezvolta abilități de bază ca privitul, ascultarea și imitarea, dar și abilități complexe precum cititul, conversația și înțelegerea perspectivei altora.

Numeroase descoperiri care reies din cercetările ABA arată că dacă terapia competentă ABA este începută destul de devreme - înainte de vârsta de 4 ani, este destul de intensivă - 30-40 de ore de terapie pe săptămână și este continuată destul de mult - până la doi ani, între 20 și 47% dintre copii pot scăpa de diagnosticul de autism și pot deveni la fel ca și ceilalți copii de vârsta lor.

Toți acești copii pot beneficia și pot duce vieți mai productive și mai sociabile. Copiii care încep terapia ABA după vârsta de 4 ani învață lucruri precum abilități sociale mai bune, anumite abilități academice și mai important, abilități de viață.

Acest lucru este, în special, mai important pentru adolescenți și copii. Aceștia învață lucruri precum abilități de autoajutorare necesare, cum ar fi să știe

să facă cumpărături, să ia autobuzul și să țină curat și ordine în casă. Pe scurt, ei pot să devină, în multe cazuri, relativ independenți și nu trebuie să trăiască în instituții specializate.

Pentru a ajunge la forma finală, adică copilul cu autism să devină funcțional, avem de parcurs mai multe faze. Treapta unu ar fi (în mod nefiresc, totuși) ca un copil cu TSA (tulburare de spectru autist) să fie diagnosticat corect și la timp. Treapta a doua o reprezintă dorința și hotărârea familiei de a face ceva pentru recuperarea potențialului copilului. Faza a treia este dată de resursele familiei (Au banii necesari? Au energia, dorința, voința să pornească acest drum?). Treapta a patra sau îndrumarea: cine va coordona intervenția și echipa? Faza cincea o constituie echipa de lucru (poate fi ea făcută să funcționeze? Poate fi menținută? Sunt părinții mediatori suficient de buni? Suportă ei suficient de bine spargerea intimității căminului pentru perioada necesară intervenției?).

„Interacțiunile sociale, care sunt un lucru natural pentru majoritatea oamenilor, pot fi terifiante pentru persoanele cu autism. Copil fiind, eram ca un animal care nu are instincte care să îl orienteze; trebuia să învăț prin încercare-eroare. Observam mereu, încercam să stabilesc cel mai bun mod de a mă comporta, dar nu reușeam niciodată să mă integrez. Trebuia să mă gândesc la fiecare interacțiune socială. Când alți studenți erau în delir după Beatles, eu numeam reacția lor un FSP – fenomen social interesant. Eram un cercetător care încerca să înțeleagă comportamentul băștinașilor. Voiam să particip, dar nu știam cum să o fac... Toată viața am fost un observator și întotdeauna m-am simțit ca o persoană care privește din afară. Nu puteam lua parte la interacțiunile sociale din liceu..." (Grandine, „The way I see it - A personal look at autism and Aspergers", 1995, p. 132). Așa descria interacțiunile sociale scriitoarea Temple Grandine, care a suferit de autism, dar care a reușit să-l învingă.

Lucrarea de față și-a propus o transcriere a problematicii autismului, a schimbărilor care se petrec odată cu aflarea veștii existenței unui copil cu autism în familie, a metodelor de intervenție recuperativ terapeutice și a tehnicilor de consiliere a părinților.

Înainte de începerea tratamentului, nu există limbaj la acești copii, ci numai probleme severe ale comportamentului din cauza inabilității acestora de a-și comunica nevoile și de a-i înțelege pe ceilalți. Prin această intervenție precoce terapeutică, am dorit să subliniez că acești copii cu autism își pot dezvolta limbajul, își vor îmbogăți semnificativ adaptarea socială, iar comportamentele stereotipale vor slăbi în intensitate și frecvență și se vor transforma odată cu evoluția generală a copilului.

Una dintre metodele pe care am ales-o să o prezint în această lucrare și pe care o promovez se referă la sistemul de comunicare vizuală prin intermediul pictogramelor (PECS), fiind un sistem care promovează însușirea abilităților de comunicare, independent de utilizarea limbajului verbal.

De asemenea, am notat și câteva aspecte legate de metoda Teacch (Treatment and Education of Autistic and Communication Handicapped

Children); acesta este un sistem de intervenție care furnizează o gamă largă de servicii pentru persoanele cu autism și familiile lor, de-a lungul vieții. Scopul principal al acestui program educațional constă în dezvoltarea nivelului general de abilități al clienților săi. În timp ce, în tipul de intervenție behavioristă al lui I. Lovaas copilul trebuia să depășească dificultățile sale specifice autiste pentru a se adapta la mediu, în cadrul sistemului Teacch, copilului îi este oferit, creat un mediu ce se adaptează caracteristicilor autismului.

Cele trei metode expuse în această lucrare și-au dovedit eficacitatea în demersurile susținute ale educatorilor și părinților de a interveni spre a le oferi acestor copii posibilitatea de a se integra funcțional în mediul în care trăiesc.

Metoda ABA este orientată pe lucrul în comunitate, în sensul că întreg procesul de instruire și ajutorare al copilului cu autism se desfășoară acasă și în comunitate, fiind îndeplinit de o echipă formată din părinți, copii de aceeași vârstă, profesori de la școlile obișnuite și personal specializat. Principalul scop al acestui program este să-i stimuleze și orienteze pe copiii cu autism în deprinderea unor abilități adaptative necesare pentru a putea fi incluși în școlile normale și în comunitate și, astfel, să-i ajute să învețe din mediul natural.

Acest tip de intervenție s-a dovedit foarte eficient pentru copiii cu autism care au retard ușor sau mediu dar nu și în cazul celor cu retard sever.

Folosirea sistemului PECS a condus la o îmbunătățire rapidă a comunicării funcționale în cazul copiilor. O mare parte dintre copiii care suferă de autism, sub vârsta de cinci ani, care au folosit timp de cel puțin un an sistemul de comunicare prin imagini, a reușit să-și însușească limbajul.

Alte beneficii ale folosirii metodei PECS sunt: reducerea problemelor în controlarea comportamentului, creșterea interacțiunii sociale în general, și a interacțiunii cu semenii.

În metoda TEACCH se pune mare preț pe adaptarea mediului la caracteristicile copiilor cu autism. Cel mai potrivit tip de intervenție, terapie pentru persoanele cu autism trebuie să mențină un echilibru între adaptarea la nevoile specifice ale acestora și adaptarea la cerințele societății.

În partea de cercetare aplicativă am avut în vedere să urmărese evoluția copilului cu autism pe mai multe arii, înainte și după aplicarea programului specific de intervenție. Pe cele cinci arii din testul Denver (aria personal-social, aria motricitate fin-adaptativă, aria limbaj, aria motricitate grosieră, aria comportament general) am încercat să implementez programe specifice care să crească nivelul cognitiv al copilului cu autism.

Prin elaborarea scalei de evaluare a comportamentului, am vizat, prin cei douăzeci de itemi, surprinderea elementelor disruptive ale copilului cu autism și notarea frecvenței producerii acestor tipuri de comportamente.

În finalul lucrării, am pus accentul pe elaborarea unor studii de caz relevante pentru această cercetare, în care am notat felul în care s-au prezentat copiii autiști la prima evaluare în cadrul centrului și parcursul lor pe perioada derulării programului terapeutic în cadrul centrului.

ÎN LOC DE ÎNCHEIERE...

A fi părinte este opțional până în momentul concepției, apoi este o obligație. În această ecuație intră multă dragoste, bucurii, durere, consecvență, un drum lung pe care cu toții îl dorim ascendent, pe care îl urmăm cu pași mici sau mari, încercând să facem din copilul nostru un adult independent. Autismul este un obstacol pe acest drum, obstacol pe care încercăm să îl depășim alături de familie și societate.

Pentru a intra direct în subiect, să vedem care sunt nevoile părintelui cu copil sau copii autiști. Din păcate, mult mai multe decât instituțiile statului, societatea civilă sau specialiștii oferă și sunt dispuși să ofere. Una din problemele principale este aceea că nu există coordonare și colaborare între cei ce oferă servicii specializate. Fiecare instituție și organizație își asumă răspunderea pentru ceea ce face și, în majoritatea cazurilor, ignoră sau chiar sunt reticenți la serviciile oferite de alți profesioniști. Școlile speciale sau cele de învățământ de masă sunt probabil una din principalele instituții implicate în lucrul cu copilul autist, dar ele acordă foarte puțină atenție nevoilor individuale ale copilului.

Se ocupă de el pe parcursul orelor petrecute în școală și nu oferă niciun plan pentru cealaltă parte a zilei. Restul zilei unui copil autist și al familiei acestuia presupune o rutină de care copilul are neapărată nevoie și presupune intervenții adecvate în nenumăratele momente ce pot deveni învățate, asimilate de comportamente sociale sau de deprinderi ce țin de autonomie și de asemenea în momentele de criză generate de condiția copilului.

Așa că revine părinților sarcina de a observa anumite posibile anomalii, cum ar fi: să observe dacă copilul lor are dificultăți în a înțelege cum să se joace cu ceilalți copii, dacă copilul evită contactul social cu ceilalți copii, dacă copilul este lipsit de empatie sau de înțelegerea intuitivă a sentimentelor celorlalte persoane, dacă copilul are lipsuri în exprimarea emoțiilor, dacă este indiferent la senzația de presiune, dacă are dificultăți în a întreține o conversație, dacă are dificultăți în a participa la jocurile de grup creative, dacă copilul este fascinat de un anumit subiect, activitate sau obiect, dacă este afectat-

BCU BABEȘ-BOLYAI UNIVERSITY LIBRARY

tulburat într-o manieră neașteptată de modificările care intervin în rutina zilnică, dacă dezvoltă comportamente rutiniere sau ritualuri care trebuie urmate întocmai, dacă are o coordonare motrice săracă, dacă se observă prezența unor frici neobișnuite sau stres față de atingeri ușoare, zgomote neașteptate, locuri aglomerate, tendința de a se legăna, întârzieri în achiziționarea limbajului, grimase sau ticuri neobișnuite. Pasul următor pe care fiecare părinte trebuie să îl urmeze este acela de diagnosticare timpurie, adică să apeleze la un specialist (fie pediatru sau medic specialist) pentru identificarea posibilelor disfuncții apărute la copil.

După primirea diagnosticului specific, părinții ar trebui să includă copilul cu autism într-un program individualizat de terapie. Specialiștii îl numesc PIP și el ar trebui să fie formulat în urma unei evaluări realizate prin colaborarea mai multor specialiști, cum ar fi medic, psiholog, pedagog și asistent social, cu instrumente specifice.

Următoarea etapă pe care o consider importantă, este aceea de implicare a părinților cu copii cu autism într-un program de „respiro" therapeutic; în cadrul acestei activități, părinților ar trebui să li se explice pe îndelete ce anume înseamnă autismul, cât de sever este primirea acestui diagnostic pentru copil, care sunt etapele lucrului cu un copil cu autism, care sunt șansele ca acest copil să devină un om independent. Acest program „respiro" de terapie este util și copilului, deoarece un părinte epuizat poate fi extrem de nociv în dezvoltarea și recuperarea copilului, are influențe benefice asupra relației dintre cei doi părinți și, de ce nu, asupra calității prestației lor la locul de muncă.

Un alt aspect important în terapia unui copil cu autism îl reprezintă implicarea părintelui în programele educaționale terapeutice. Părintele va fi direct implicat în tot ceea ce înseamnă terapia recuperativă a copilului cu autism, va învăța să folosească același limbaj terapeutic, aceleași instrumente terapeutice, aceleași recompense. Părintele nu este doar un simplu însoțitor sau îngrijitor al copilului, el va deveni, în timp, co-terapeut.

Pe tot parcursul terapiei copilului cu autism, este foarte important ca părinții acestuia să urmeze o terapie de cuplu. Un copil diferit (cu autism) creează o stare de echilibru deranjat și dezechilibru în familie, atât în momentul aflării diagnosticului cât și mai târziu.

BCU "ALEXANDRU IOAN CUZA" IAȘI

Părinții unui copil cu autism se confruntă cu o supra-anxietate determinată de copilul care manifestă lipsa relațiilor sociale, întârzierea sau absența dezvoltării vorbirii, mișcări stereotipe, hiperactivitate și lipsa contactului vizual. Mamele copiilor cu autism sunt mai introvertite și mai nevrotice decât mamele de copii fără probleme. Părinții copiilor autiști sunt supra-anxioși, supra-sensibili, severi în maniere și mai frustrați la critici. Pentru a veni în ajutorul părinților, aceştia ar trebui implicați și într-un program sau într-un grup de suport, unde, împreună cu alți părinți, să își împărtășească experiențele personale.

Părinții au nevoie să fie informați cu privire la implicațiile diagnosticului copilului lor, să fie formați, modelați pentru a putea răspunde nevoilor copilului, a le înțelege și a se face înțeleși. Părinții trebuie să fie parte integrantă în procesul de recuperare, de tratament, nu doar simpli observatori ai acestui tratament.

Impactul pe care copilul din spectrul autist îl are asupra familiei extinse nu este de neglijat. Părinții și frații sunt de nenumărate ori sursa conflictului familial. Aceştia nu înțeleg în prima fază autismul sau nu pot accepta atitudinea și modul de relaționare impus de părintele care urmează o anumită linie terapeutică. Realizarea unor ședințe cu familia extinsă, informarea membrilor acesteia, implicarea acestora în programul de recuperare a copilului ar oferi părinților posibilitatea de a-și împărtăși problemele cu cei apropiați, ar ajuta familia să susțină efortul de recuperare și de integrare socială, ar construi acea relație unică bunici-nepoți de care sunt privați prin ignoranță.

Într-o ultimă fază, părinții ar trebui să înțeleagă că un copil cu autism poate deveni funcțional în societate, poate să urmeze o școală de masă, poate urma niște cursuri de calificare specifice, poate să aibă o anumită autonomie personală, doar că drumul este unul mai anevoios, cu o durată mai mare de timp. De asemenea, trebuie avut în vedere faptul că o parte dintre copiii cu autism posedă aptitudini speciale, cum ar fi: pictatul, cântatul la un anumit instrument, construitul de diverse puzzle-uri, etc. Omul din spatele autismului este unic; are voce, o personalitate, talente și aptitudini; trebuie să le valorizăm capacitățile, nu deficiențele, ca să aibă o șansă în viitor. Nu

există un tratament medicamentos minune care să vindece autismul, nici în ceea ce privește terapia sau pastilă, dar se cunoaște faptul că un diagnostic timpuriu și o intervenție pe toate ariile de dezvoltare vor accelera procesul de „vindecare" a persoanelor cu autism. Integrarea acestor persoane cât de mai devreme în comunitate (grădiniță, școală, grupuri sociale, grupuri de muncă) va permite ca acești copii de „gheață" sau de „cristal" cum mai sunt numiți să prindă viață și să devină oameni obișnuiți.

Temple Grandin, persoană diagnosticată cu autism dar care a reușit să învingă această tulburare, s-a născut, așa cum afirmă „diferită, dar nu inferioară"...

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

ANEXE

Anexa nr. 1

Foaie de răspuns

Inițială nume..... Inițială prenume..... Sexul M/F Anul nașterii.....

Nr. întrebare	Varianta de răspuns		
1	Rar	Uneori	Des
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Anexa nr. 2

Tabelarea scorurilor la Scala aria personal-social

Note obținute la test	Tabelarea frecvenței	Frecvența	Frecvența cumulată
	/	1	1
	/	1	2
	//	2	4
	////	4	8
	//	2	10
	///////	7	17
	//////////	10	27
	/////	5	32
	/	1	33
	//	2	35
	//	2	37
	/	1	38
	///	3	41
	////	4	45
	/////	5	50
	///	3	53
	/	1	54

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Note obținute la test	Tabelarea frecvenței	Frecvența	Frecvența cumulată
	/	1	55
	/	1	56
	//	2	58
	/	1	59
	/	1	60

Etalonarea în quartile:

Se împarte colecția de scoruri la test în patru clase, Q1, Q2, Q3, Q4, fiecare cuprinzând 25% din totalul colecției de date ordonate, ca în tabelul 1, în ordinea mărimii lor.

Calculăm cât reprezintă 25% din colecția noastră de scoruri la test, N fiind egal cu 60 rezultă: 25 * 60 /100 = 15.

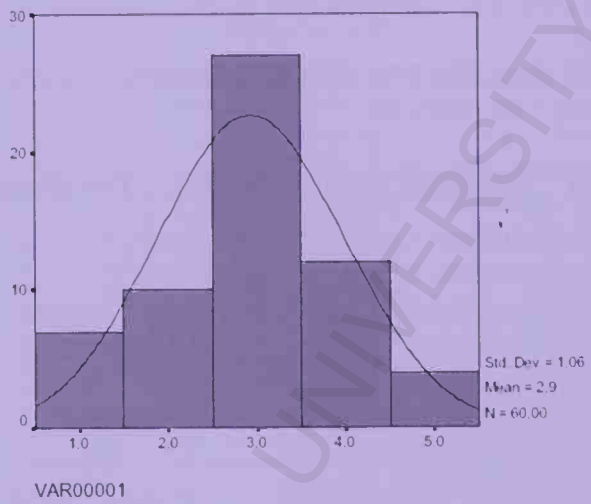
Quartile	Interval	Procentaje teoretice cumulate	Procentaje reale cumulate
1	40-53	25%	17
2	54-55	50%	32
3	56-63	75%	45
4	64-80	100%	60

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Chestionar de analizare a comportamentului copilului cu autism

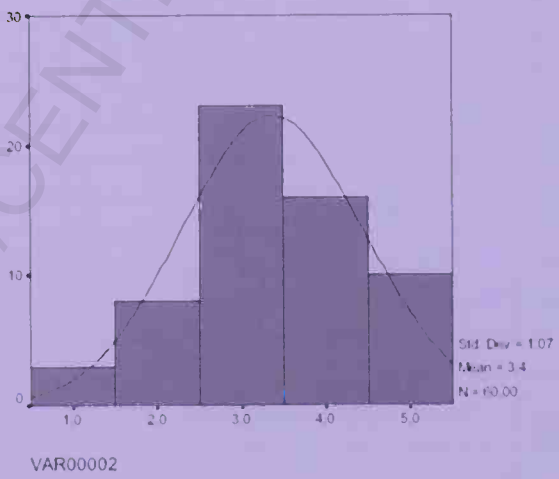
1. Copilul fixează minute în şir lumina.

1	2	3
rar	uneori	des



2. Copilul clipeşte des şi repetitiv.

1	2	3
rar	uneori	des

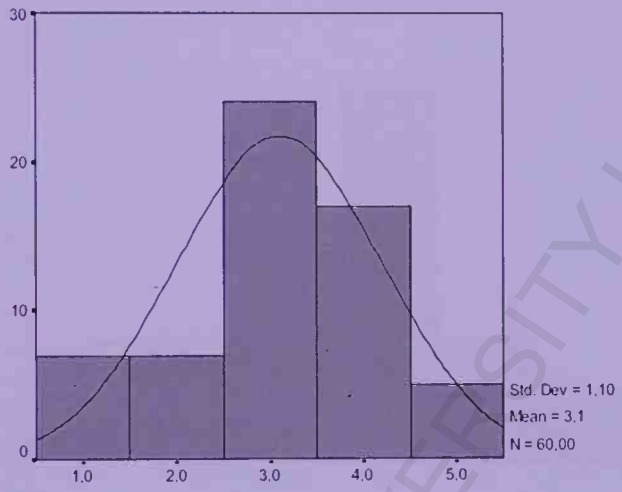


BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

3. Copilul execută mișcări ale degetelor în fața ochilor.

1 2 3

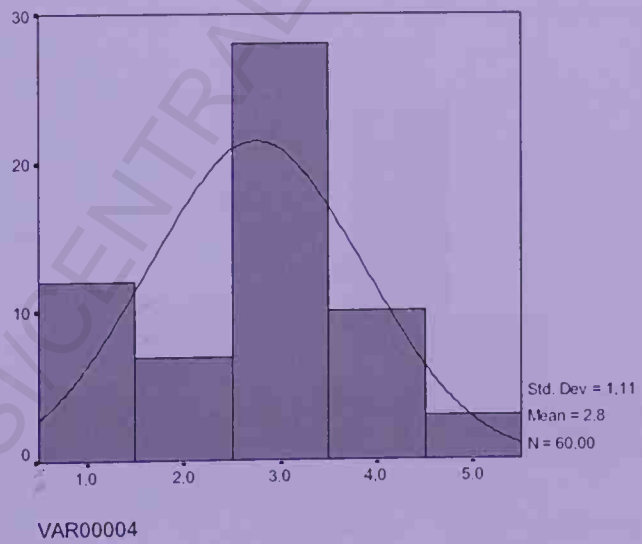
rar uneori des



4. Copilul emite sunete în mod repetitiv.

1 2 3

rar uneori des

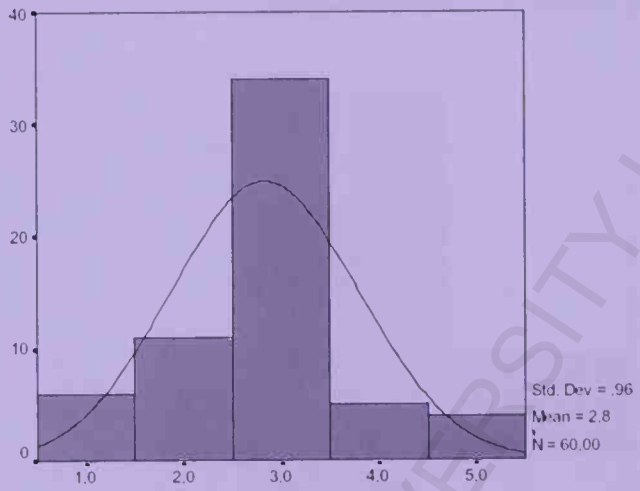


BCU IASI CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

5. Copilul își freacă pielea cu mâna sau cu un obiect în mod repetitiv.

1 2 3

rar uneori des

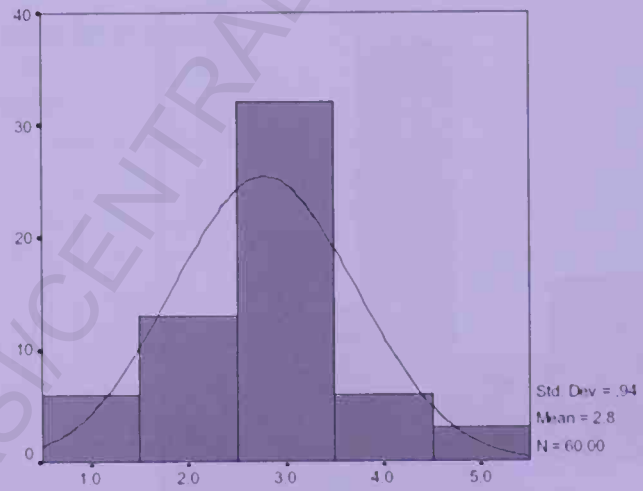


VAR00005

6. Copilul se leagănă înainte-înapoi obsesiv.

1 2 3

rar uneori des



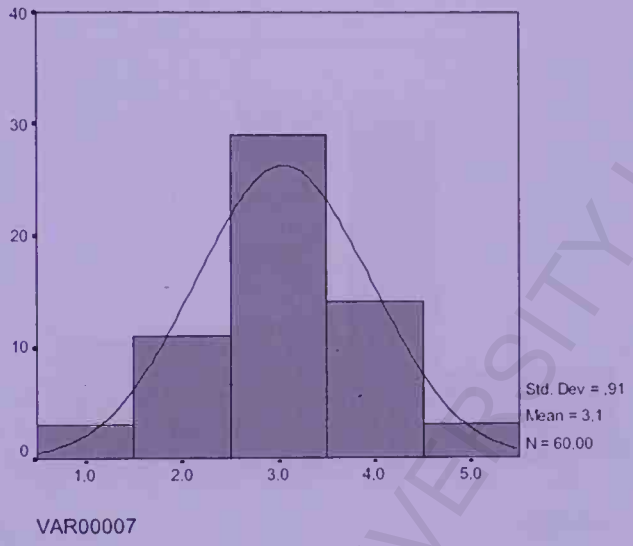
VAR00006

BCU IASI CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

7. Copilul linge diverse obiecte.

1 2 3

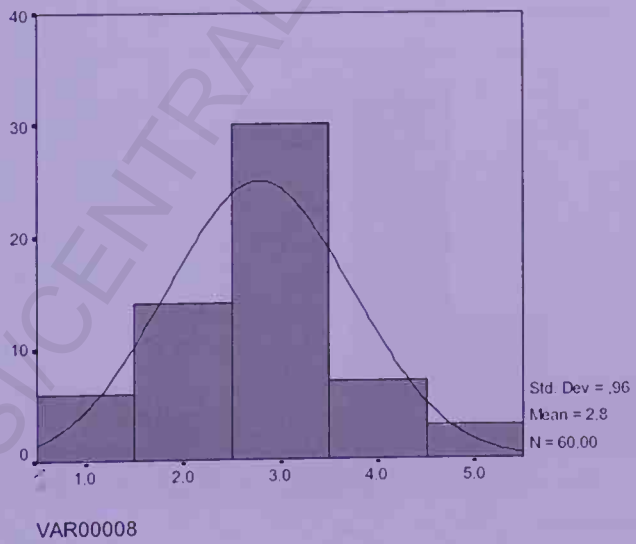
rar uneori des



8. Copilul miroase obiecte din jurul său.

1 2 3

rar uneori des

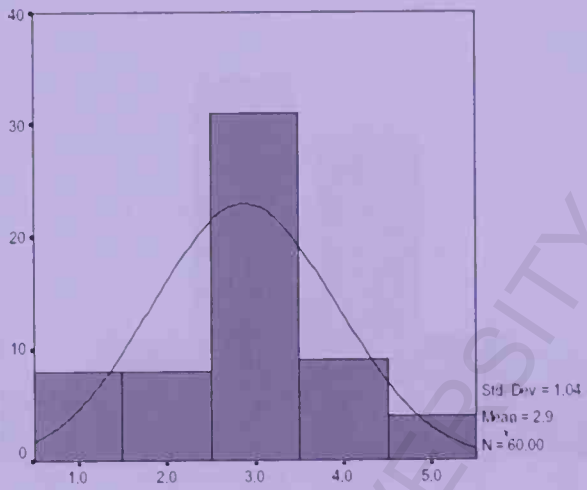


BCU IASI CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

9. Copilul se învârte repetitiv în cerc.

1 2 3

rar uneori des

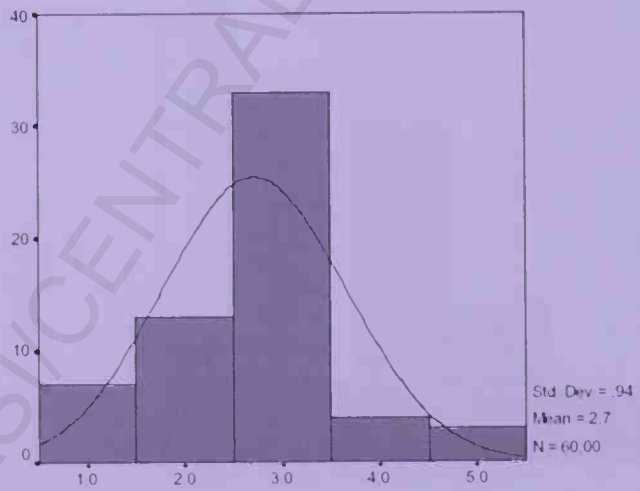


VAR00009

10. Copilul merge pe vârful degetelor.

1 2 3

rar uneori des

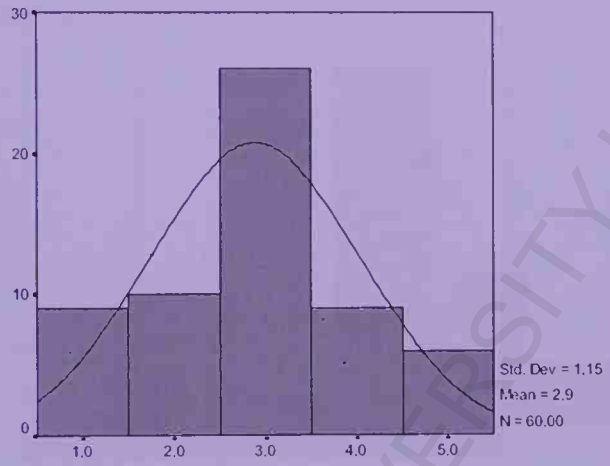


VAR00010

BCU IASI CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

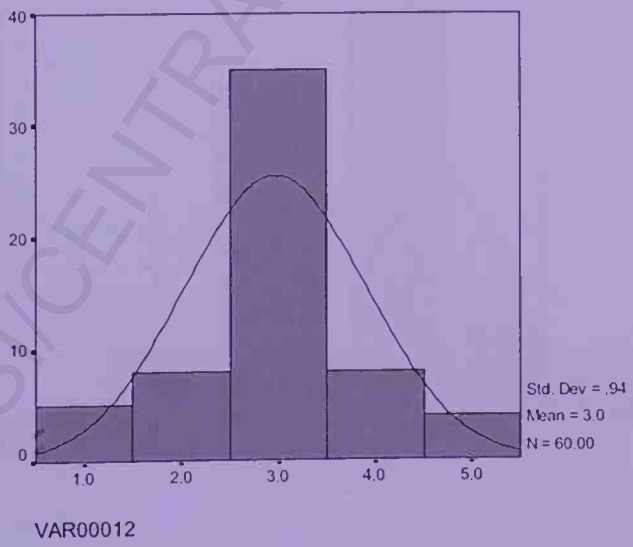
11. Copilul aliniază obiectele în şiruri.

1	2	3
rar	uneori	des



12. Copilul apasă repetat întrerupătoarele.

1	2	3
rar	uneori	des

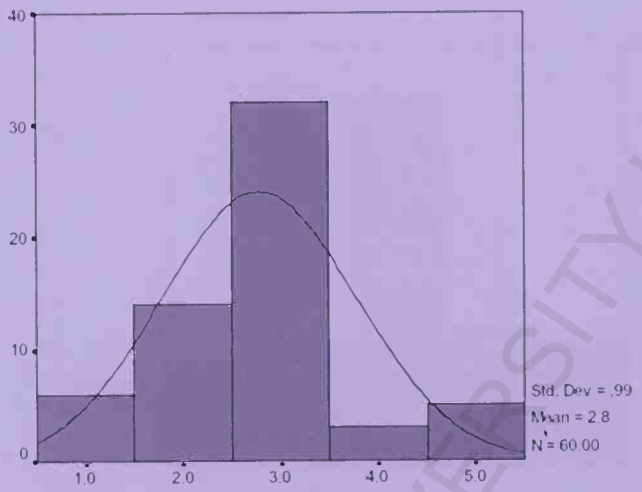


BCU IAŞI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

13. Copilul se autoagresează.

1 2 3

rar uneori des

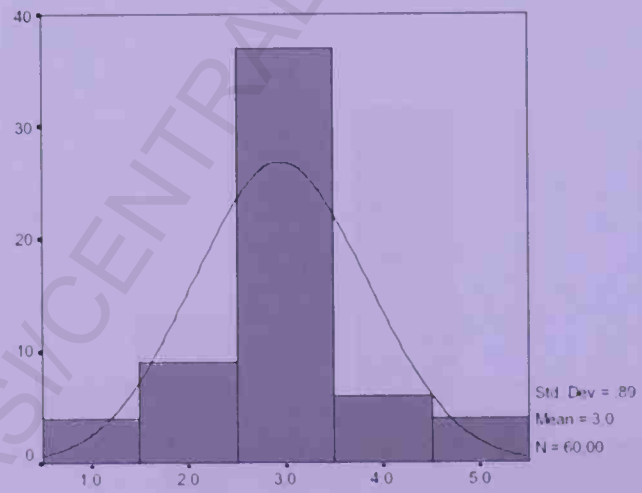


VAR00013

14. Copilul este agresiv cu cei din jur.

1 2 3

rar uneori des

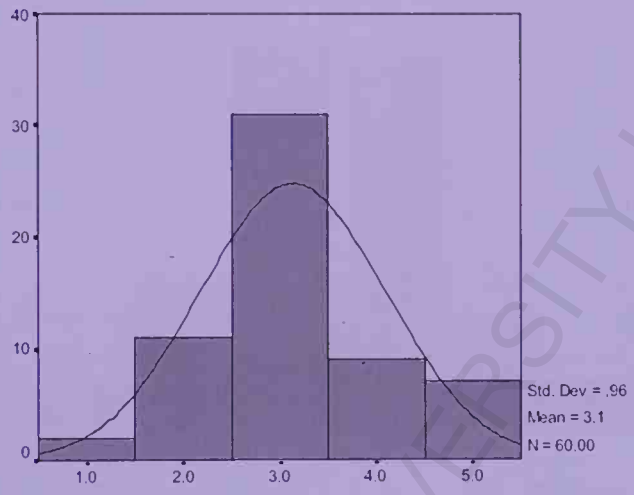


VAR00014

BCU IAȘI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

15. Copilul are accese de furie fără o aparentă justificare.

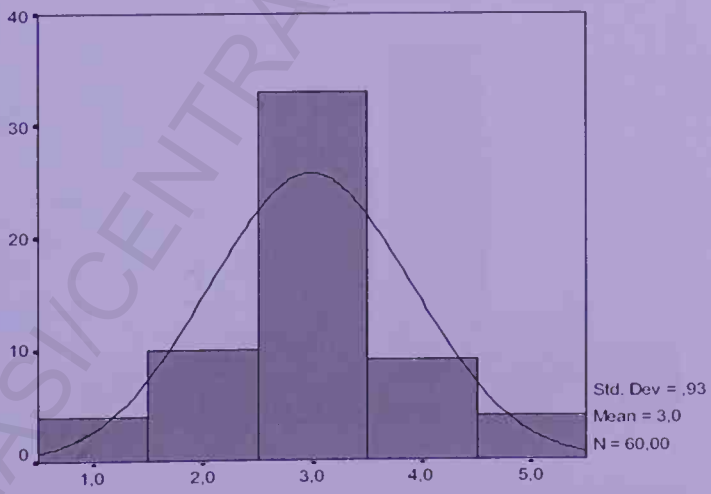
1	2	3
rar	uneori	des



VAR00015

16. Copilul plânge fără motiv.

1	2	3
rar	uneori	des

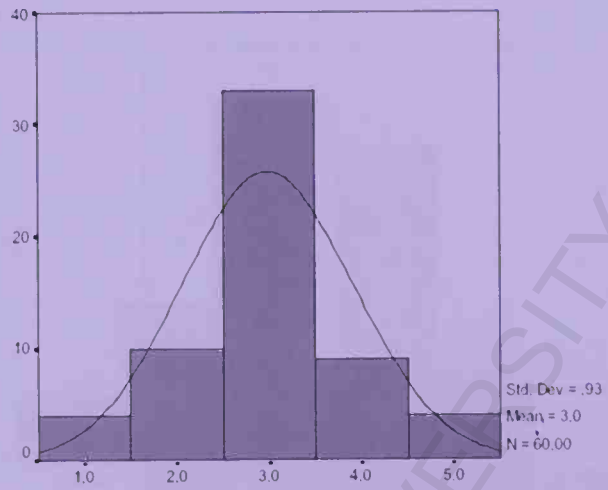


VAR00016

B.C.U. „M. EMINESCU" IAȘI
BCU IAȘI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

17. Copilul râde nejustificat.

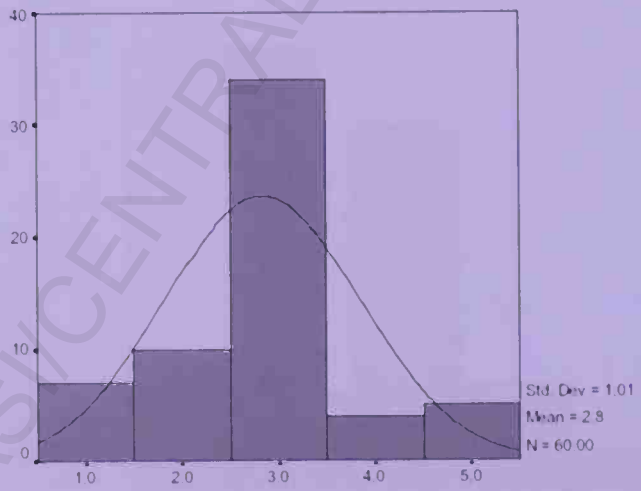
1	2	3
rar	uneori	des



VAR00017

18. Copilul nu tolerează modificarea traseului obișnuit către o locație.

1	2	3
rar	uneori	des

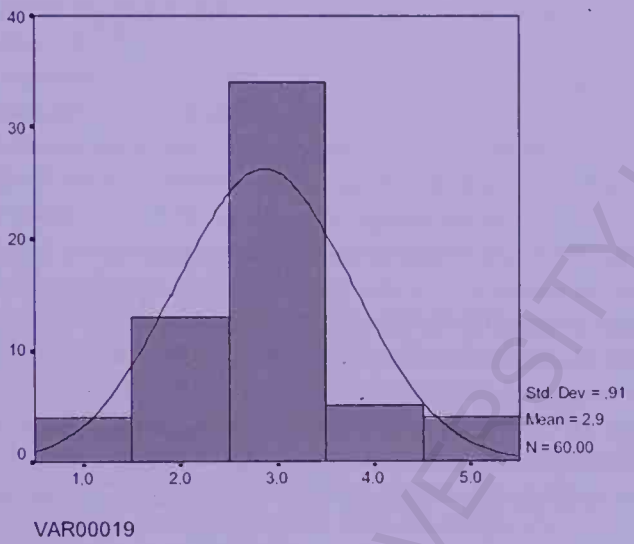


VAR00018

BCU IASI CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

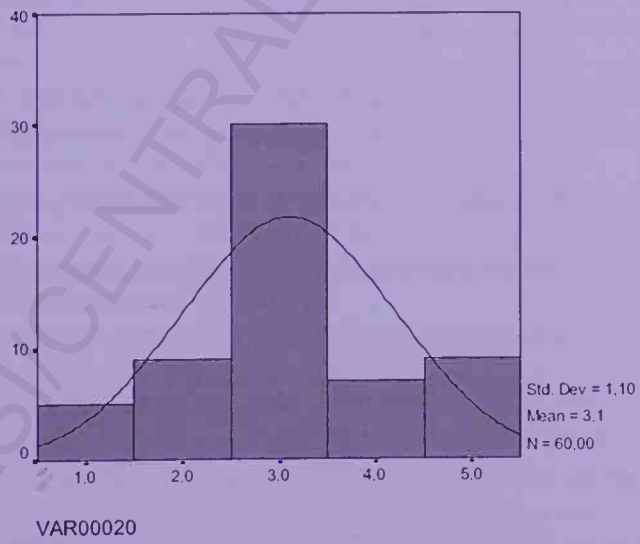
19. Copilul mănâncă mereu aceleași alimente.

1	2	3
rar	uneori	des



20. Copilul vrea să poarte anumite haine.

1	2	3
rar	uneori	des



BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

Fișă de dezvoltare psihomotrică Portage

V.M. **0 - 6 ani**

LIMBAJ

1. Repetă sunetele făcute de alte persoane
2. Repetă aceeași silabă de 2-3 ori.
3. Răspunde la gesturi cu gesturi.
4. Îndeplinește comenzi simple însoțite de gesturi.
5. Încetează activitatea 75% din cazuri când i se spune: „NU!"
6. Răspunde prin gesturi la întrebări simple.
7. Combină două silabe diferite în jocul vocal.
8. Imită intonația vocii altuia.
9. Folosește un cuvânt cu sens ca să denumească o persoană sau un obiect.
10. Vocalizează ca răspuns la vorbirea altei persoane.
11. Spune cinci cuvinte diferite (poate folosi același cuvânt pentru obiecte diferite).
12. Poate cere „mai mult" .
13. Spune: „Gata/Nu e".
14. Execută comenzi simple fără a i se da indicații prin gesturi.
15. Poate da sau arăta la cerere (când i se spune: „dă-mi" sau „arată-mi").
16. Arată 12 obiecte familiare când sunt numite.
17. Indică 3-5 imagini dintr-o carte, când acestea sunt denumite.
18. Arată 3 părți ale propriului corp.
19. Își spune la cerere numele sau porecla (diminutivul).
20. Răspunde la întrebarea: „Ce e asta?", denumind obiectul.
21. Combină cuvintele și gesturile pentru a-și face cunoscute dorințele.

1 - 2 ani

22. Numește alți membri din familie, inclusiv animalele preferate.
23. Numește 4 jucării.
26. Pune întrebări, folosind o intonație ureătoare la sfârșitul cuvântului sau a propoziției.
27. Numește 3 părți la o păpușă sau o altă persoană.
28. Răspunde afirmativ sau negativ la întrebări care cer răspunsuri tip DA/NU.

2 - 3 ani

29. Alătură un substantiv și un adjectiv sau două substantive în propoziție de două cuvinte (mingea mea)
30. Alătură un substantiv și un verb în propoziția de două cuvinte (tata pleacă).

BCU "LUCIAN BLAGA" UNIVERSITY LIBRARY

31. Foloseşte un cuvânt anumit pentru nevoia de a merge la toaletă.
32. Alătură un verb cu un substantiv cu acolo sau aici în propoziţia de două cuvinte: „Scaunul aici".
33. Alătură două substantive ca să exprime posesia (maşina tatălui).
34. Foloseşte NU în vorbirea spontană.
35. Răspunde la întrebarea: „Ce face?" pentru activităţi spontane.
36. Răspunde la întrebarea: „Unde este?".
37. Numeşte sursa unor sunete familiare din mediu.
38. Dă cel mult un obiect când i se cere folosind pluralul (cuburi).
39. În vorbire se referă la sine prin numele proprii.
40. Indică imaginea unui obiect uzual descris prin imaginaţia lui.
41. Arată pe degete câţi ani are.
42. Îşi spune sexul când este întrebat (băiat-fată).
43. Îndeplineşte două comenzi legate între ele.
44. Foloseşte forma continuă (limba română).
45. Foloseşte forma obişnuită a pluralului (cub-cuburi).
46. Foloseşte câteva verbe neregulate la trecut (a fost; a plecat; a făcut).
47. Pune întrebarea: „Ce e asta?".
48. Îşi controlează volumul vocii 90% din timp.
49. Foloseşte „Asta" şi „Aia" în vorbire.
50. Foloseşte „este" şi „e" în afirmaţia: „Asta e mingea".
51. Foloseşte mai mult „eu" sau „al meu" decât numele propriu.
52. Indică un obiect care nu este: "Nu este o minge".
53. Răspunde la întrebări cu: „Cine?", indicând numele.
54. Foloseşte forma de posesiv: „A lui tata".
55. Foloseşte articolul hotărât şi nehotărât în vorbire pentru masculin şi feminin.
56. Foloseşte câteva substantive care desemnează categorii (animale, mâncare, jucării).
57. Foloseşte uneori „Pot" şi forme de viitor.
58. Poate descrie lucruri ca fiind „închis" sau „deschis".
62. Îşi spune numele întreg când i se cere.
63. Răspunde la întrebări simple de tip „cum", „când".
64. Foloseşte trecutul verbului.
65. Povesteşte despre lucruri care i s-au întâmplat recent.
66. Spune la ce folosesc obiectele uzuale.
67. Exprimă ce se va întâmpla folosind formula „Vreau", „Doresc să…".
68. Schimbă ordinea cuvintelor în modul adecvat pentru a pune întrebări: „Pot să merg la?".
69. Foloseşte câteva substantive.
70. Relatează două evenimente în ordinea întâmplării lor.

4 - 5 ani

71. Îndeplineşte o serie de comenzi legate între ele.

BCU CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

72. Demonstrează înțelegerea propozițiilor: „Iată că a fost lovită de băiat".
73. Poate alege o pereche de obiecte sau imagini la cerere.
74. Folosește verbe la opțiune (condițional-operativ: „Aș dori", etc).
75. Folosește fraze: „Am lovit mingea și a sărit în stradă".
76. Poate găsi partea de jos și de sus a diferitelor obiecte.
77. Poate să sesizeze și să indice absurdițățile din imagini.
79. Folosește cuvinte: „soră", „frate", „bunic", „bunică".
80. Spune cuvintele corespunzătoare care lipsesc: „fratele băiat", „sora este...?"
81. Poate spune o poveste familiară fără ajutorul imaginilor.
82. Numește o imagine care nu se încadrează într-o anumită categorie.
83. Spune dacă două cuvinte rimează sau nu.
84. Folosește propoziții complexe: „Ea vrea ca eu să intru pentru că..."

5 - 6 ani

85. Poate să spună dacă un sunet este tare sau încet.
86. Poate indica unde sunt câteva, multe, sau mai multe obiecte.
87. Își spune adresa.
88. Își spune numărul de telefon.
89. Spune glume simple.
90. Poate să-ți indice unde sunt puține, mai multe sau câteva obiecte.
91. Poate să relateze întâmplări din experiența sa zilnică.
92. Descrie poziția sau mișcarea folosind propoziții: „prin", „de la", „către", „peste", „departe".
93. Răspunde la întrebarea : „De ce?" cu o explicație.
94. Așează în ordine 3-5 imagini reprezentând o poveste și poate spune povestea.
95. Definește cuvinte.

SOCIALIZARE

0 - 1 an

1. Urmărește persoane care se mișcă în fața sa.
2. Zâmbește ca un răspuns la atenția acordată.
3. Vocalizează ca un răspuns la atenția acordată.
4. Privește la propriile mâini, zâmbește și vocalizează.
5. În cercul familiei zâmbește, vocalizează și încetează plânsul.
6. Zâmbește și vocalizează la imaginea din oglindă.
7. Zâmbește la expresia facială de adult.
8. Bate și trage (păr, nas, ochelari) când este în brațe.
9. Ajunge la obiectele oferite.
10. Ajunge la persoanele cunoscute.
11. Ajunge sau bate în oglindă când vede imaginea unui copil.
12. Ține și examinează obiecte primite (1 minut).
13. Scutură obiectele din mână făcând zgomot neintenționat.

BCU "MIHAI EMINESCU" CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

14. Se joacă nesupravegheat 10 minute.
15. Caută contactul ochilor 2-3 minute.
16. Se joacă liniștit lângă adult timp de 15-20 minute.
17. Vocalizează când i se dă atenție.
18. Imită jocul „Bau-Bau".
19.Bate din palme - imitație.
20. Face din mână „pa-pa" - imitație.
21. Ridică mâinile „așa mare" - imitație
22. Oferă jucării, obiecte, hrană, dar nu întotdeauna le eliberează.
23. Îmbrățișează, sărută persoane cunoscute.
24. Răspunde la propriul nume privind sau întinzând mâinile.
25. Scutură obiecte pentru a face zgomot.
26. Manipulează jucării sau obiecte.
27. Oferă jucării la adulți și le eliberează.
28. Imită mișcările unui copil în joc.

1 - 2 ani

29. Imită adultul în simple obiceiuri (scuturarea hainelor).
30. Se joacă cu alt copil fiecare făcând o activitate separată.
31.Ia parte la jocuri, împinge o mașină, aruncă o minge la alt copil (2-5 minute).
32. Acceptă absența părinților continuându-și jocul.
33. Activ, vrea să cunoască împrejurările.
34. Ia parte la jocuri de manipulare - împinge, întoarce mâinile cu alte persoane.
35. Îmbrățișează sau cere păpuși sau jucării noi.
36. Repetă acțiuni care produc râs și atenție.
37. Ține cartea adultului să o citească sau trage de el.
38. Trage de o persoană pentru a-i arăta o acțiune sau un obiect.
39. Retrage mâna, spune: „Nu" când este lângă un obiect interzis.
40. Așteaptă să fie luat de pe un scaun în altul.
41. Se joacă cu 2-3 copii.
42. Împarte obiecte sau hrană când i se cere.
43. Salută egalii sau adulții familiari când sunt cunoștințe.
44. Cooperează cu părinții 50% din timp.

2 - 3 ani

45. Poate aduce sau lua obiecte sau găsi persoana din altă cameră.
46. Ascultă muzică sau povești 5-10 minute.
47. Spune „te rog" - mulțumește când i se amintește, i se cere.
48. Încearcă să ajute părinții cu sarcini, făcând o parte din muncă.
49. Se joacă de-a îmbrăcatul cu hainele adultului.
50. Face o alegere când este întrebat: „Pe cine iubești?".
51. Înțelege sentimentele prin verbalizare: dragoste, tristețe, râs.

BCU "ION CREANGĂ" UNIVERSITY LIBRARY

3 - 4 ani

52. Respectă reguli de joc imitând acțiunile altor copii.
53. Salută adulții din familie fără a i se aduce aminte.
54. Respectă reguli din joc condus de adulți.
55.Cere voie să folosească o jucărie cu care se joacă alt copil.
56. Spune „te rog" și „mulțumesc" fără să i se amintească în 50% din cazuri.
57. Răspunde la telefon, cheamă adultul sau o persoană cunoscută.
58. Așteaptă să-i vină rândul.
59. Respectă reguli de joc în grup condus de un copil mai mare.
60. Îndeplinește cerințele formulate de adulți în 75% din cazuri.
61. Stă în zone delimitate de curtea spitalului, creșei, casei.
62. Se joacă alături și vorbește cu alți copii timp de 30 minute.

4 - 5 ani

63. Cere ajutor când întâmpină greutăți.
64. Contribuie la conversația părinților.
65. Repetă versuri, cântece sau dansează pentru alții.
66. Lucrează independent la o sarcină de rutină timp de 20 minute.
67. Își cere scuze fără a i se aduce aminte în 75% din cazuri.
68. Își așteaptă rândul într-o activitate de grup de 8-9 copii.
69. Se joacă pe rând cu 2-3 copii timp de 20 minute.
70. Folosește comportamente asociale d.p.d.v. social când e de față public.
71. Cere voie să folosească obiecte care aparțin altora în 70% din cazuri.

5 - 6 ani

72. Numește sentimente pe care le încearcă: supărare, furie, fericire, dragoste.
73. Se joacă cu 4-5 copii cooperând într-o activitate fără să fie supravegheat.
74. Explică altora regulile unui joc, ale unei activități.
75. Imită roluri de adult.
76. Participă la conversații în timpul mesei.
77. Își consolează prietenii de joc când aceștia sunt supărați.
78. Își alege singur prietenii.
79. Proiectează și construiește folosind obiecte simple: plan înclinat.
80. Își fixează singur obiectivele și le duce la bun sfârșit.

AUTOSERVIRE

0 - 1 an

1. Suge și înghite lichide.
2. Mănâncă alimente lichefiate (fulgi pentru copii etc).
3. Vâră și apucă biberonul.
4. Mănâncă alimente strecurate.
5. Ține biberonul fără ajutor timp de 1 minut.

BCU "ASIMIR CERAL" UNIVERSITY LIBRARY

6. Controlează mișcarea biberonului - îl apropie sau îl depărtează de la gură.
7. Mănâncă alimente făcute piure gata de părinți.
8. Bea din ceașca ținută de părinți.
9. Mănâncă alimente semi-solide date de părinți.
10. Se hrănește singur cu degetele.
11. Bea lichide din ceașcă, ținând-o cu ambele mâini.
12. Duce ajutat la gură lingura umplută cu mâncare.
13. Întinde mâinile și picioarele atunci când îl îmbrăcăm.

1 - 2 ani

14. Mănâncă independent la masă, folosind lingura.
15. Ține ceașca cu mâna și bea din ea.
16. Introduce mâinile în apă și își pune mâinile ude pe față în semn de spălare - imitație.
17. Stă pe oliță sau pe scaun de toaletă timp de 5 minute.
18. Pune pălăriuța sau căciulița pe cap și și-o scoate.
19. Își scoate șosetele.
20. Introduce mâinile în mânecі și picioarele în pantaloni.
21. Își scoate pantofii când șireturile sunt dezlegate, slăbite.
22. Își scoate haina când este descheiată.
23. Își scoate pantalonii când sunt descheiați.
24. Închide și deschide fermoare mari fără să acționeze închizătorul.
25. Folosește vorbe sau gesturi prin care indică nevoia de a merge la baie.
26. Se hrănește singur folosind lingura sau ceașca (varsă puțin conținutul).

2 - 3 ani

27. Ia prosopul de la părinți, își șterge mâinile și fața.
28. Suge, înghite din pahar sau ceașcă.
29. Folosește furculița.
30. Mestecă și înghite numai substanțe comestibile.
31. Își șterge mâinile fără ajutor când i se dă prosopul.
32. Cere să meargă la toaletă chiar dacă este târziu pentru a evita accidentele.
33. Își controlează scurgerea salivei din gură.
34. Urinează sau are scaun la oliță, de 3 ori pe săptămână atunci când e așezat pe ea.
35. Își pune pantalonii, se încalță.
36. Se spală pe dinți imitând adultul.
37. Își scoate hainele simple care au fost descheiate.
38. Folosește toaleta pentru scaun, un singur accident pe săptămână.
39. Ia apa de la robinet fără ajutor, atunci când este pus la dispoziție un scaun sau o treaptă.
40. Se spală pe mâini și pe față folosind săpunul, când adultul îi potrivește temperatura apei.

BCU "LUCIAN BLAGA" UNIVERSITY LIBRARY

41. Cere să meargă la baie în timpul zilei pentru a evita accidentele.
42. Își așează haina într-un cuier pus la înălțimea sa.
43. Mănâncă încet în timpul somnului de după-amiază.
44. Evită pericolul, cum ar fi colțurile de mobilier întâlnite, scările deschise.
45. Folosește șervețelul atunci când i se amintește.
46. Înfige furculița în alimente și le duce la gură.
47. Toarnă dintr-un ibric într-un pahar fără ajutor.
48. Desface capsa de la îmbrăcăminte fără ajutor.
49. Se spală singur pe mâini și pe picioare atunci când este îmbăiat.
50. Își pune șosetele.
51. Se îmbracă cu haine, jachete, cămașă.

3 - 4 ani

52. Mănâncă singur întreaga masă.
53. Se îmbracă ajutat, cu pulover peste cap și se încheie singur.
54. Își șterge nasul când i se amintește.
55. Din șapte dimineți se trezește uscat două dimineți.
56. Băieții urinează la toaletă stând în picioare.
57. Începe și termină îmbrăcatul cu excepția închizătorilor în 75% din cazuri.
58. Încheie haina cu capse și copci, își suflă nasul.
59. Evită pericolele comune (sticlă spartă) își pune hainele pe umeraș și umerașul, pe o bară joasă la indicația adultului.
60. Se spală pe dinți când i se dau indicații verbale.
61. Își pune mănuși cu un deget, deschide nasturii mari la jacheta pusă pe o platformă pentru învățare.
62. Își încalță ghetele cu ajutor.
63. Își încalță ghetele fără ajutor.

4 - 5 ani

64. Curăță locul unde a vărsat ceva, luându-și singur cârpa, evită otrăvurile și substanțele periculoase.
65. Își descheie hainele singur.
66. Își încheie singur hainele.
67. Curăță locul la masă și poate închide un fermoar, se spală pe mâini și față.
68. Folosește tacâmurile pentru a mânca.
69. Se trezește din somn noaptea pentru a folosi toaleta.
70. Își șterge și își suflă nasul în 70% din cazuri fără să i se aducă aminte, se spală singur când face baie cu excepția gâtului și a spatelui.
71. Folosește cuțitul pentru a unge unt sau gem pe pâine, închide și deschide catarama la haine.
72. Se îmbracă singur complet, se servește la masă din castron cu polonic (castronul ținut de adult).

BCU "IOAN SLAVICI" TIMIȘOARA UNIVERSITY LIBRARY

73. Ajută la pusul mesei folosind corect farfuriile, şervețelele. Se spală pe dinți, merge la toaletă la vreme, se dezbracă, se şterge şi se îmbracă fără ajutor.
74. Se piaptănă sau se perie dacă are părul lung.
75. Poate merge în vecinătatea casei fără să fie supravegheat permanent.
76. Înşiră şireturile la pantofi şi îi leagă.

5 - 6 ani

77. Este responsabil pentru o sarcină gospodărească, una pe săptămână şi o îndeplineşte la cerere.
78. Îşi alege îmbrăcămintea potrivită în funcție de timp şi ocazie.
79. Se opreşte la colț, se uită în ambele părți şi traversează strada fără indicații verbale.
80. Se serveşte la masă şi dă mai departe platoul.
81. Îşi prepară singur mâncarea simplă (Fulgi de ovăz cu lapte, etc).
82. Este responsabil pentru sarcina gospodărească zilnică (dusul gunoiului din casă sau altă sarcină).
83. Îşi poate potrivi temperatura apei pentru baie sau duş şi îşi poate pregăti singur o tartină.
84. Merge la şcoală, grădiniță sau magazin la distanță de cel mult două străzi.
85. Încearcă să taie alimente mari cu cuțitul (banane, cartofi fierți), găseşte toaleta potrivită cu sexul în locuri publice.
86. Deschide o sticlă cu lapte.
87. Poate lua, duce şi aşeza cu puțin ajutor tava, în cantina cu autoservire.
88. Îşi poate încheia şireturile la glugă şi-şi poate încheia centura de siguranță la maşină.

COMPORTAMENT COGNITIV (108 itemi)

0 - 1 an

1. Îşi îndepărtează de pe față o pânză care-i acoperă vederea.
2. Caută un obiect care a fost îndepărtat de la linia directă a vederii.
3. Poate îndepărta un obiect dintr-un container deschis.
4. Plasează un obiect într-un container deschis.
5. Plasează un obiect într-un container la comanda verbală.
6. Scutură o jucărie sunătoare agățată pe o sfoară.
7. Poate pune trei obiecte într-un container.
8. Poate transfera un obiect dintr-o mână în alta.
9. Lasă să cadă o jucărie şi o ridică.
10. Găseşte un obiect ascuns într-un container.
11. Face un tren din trei cuburi şi apoi îl împinge.
12. Se poate juca cu un cerc pe o ață.
13. Poate pune o piesă cilindrică în planşeta cu orificii.
14. Execută gesturi simple la cerere - bate din palme.

BCU "CAROL I" CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

1 - 2 ani

15. Scoate unul câte unul șase obiecte dintr-un container.
16. Poate indica o parte a corpului.
17. Suprapune trei cuburi la cerere.
18. Asociază obiecte asemănătoare.
19. Mâzgălește cu creionul.
20. Arată spre sine când este întrebat.
21. Pune cinci obiecte cilindrice în planșeta cu orificii.
22. Asociază obiectele cu imaginea lor.
23. Indică o imagine numită.
24. Indică paginile din carte două-trei odată.

2 - 3 ani

25. Găsește o anumită carte de copii la cerere.
26. Completează un incastru de trei figuri.
27. Numește imagini ale unor obiecte asemănătoare până la patru.
28. Desenează o linie verticală imitativ.
29. Desenează o linie orizontală imitativ.
30. Copiază un cerc.
31. Asociază materiale după textură.
32. Indică obiecte mari și mici la cerere.
33. Desenează o cruce imitativ.
34. Asociază trei culori.
35. Plasează obiecte „în", „pe", „sub", la cerere.
36. Numește obiecte ce produc sunete.
37. Pune cuburi unu într-altul, după mărime.
38. Numește acțiunea din imagine.
39. Asociază forme geometrice cu imagini ale formelor.
40. Așează pe un baston inele sau discuri în ordinea mărimii.

3 - 4 ani

41. Numește obiecte mari și mici în număr mare.
42. Indică zece părți ale corpului la comanda verbală.
43. Indică un băiat și o fată la comanda verbală.
44. Poate spune de un obiect că e mai ușor sau mai greu.
45. Alătură două părți ale unei forme pentru a face un întreg.
46. Numește două evenimente sau două personaje familiare din povești.
47. Repetă jocuri cu degete sau cu mâinile, cu cuvinte sau acțiuni.
48. Asociază câte una, până la trei sau mai multe obiecte.
49. Indică obiecte lungi sau scurte.
50. Spune care obiecte sau categorii de obiecte se potrivesc.
51. Numără până la trei imitativ.
52. Aranjează obiecte pe categorii.
53. Desenează o linie diagonală de la un colț la altul al unui pătrat cu latura de 10 cm.

BCU "Ion Creangă" UNIVERSITY LIBRARY

54. Desenează o linie în forma de v imitativ.
55. Numără zece obiecte imitativ.
56. Construiește un pod din trei cuburi (imitativ).
57. Realizează un șir de culori sau mărgele, respectând o secvență.
58. Poate să copieze o serie de linii frânte unite (vvvvv).
59. Adaugă un picior sau o mână la un desen incomplet.
60. Completează un joc din șase culori fără încercări sau erori.
61. Numește obiecte care sunt la fel și diferite.
62. Desenează un pătrat imitativ.
63. Numește trei culori la cerere.
64. Numește trei forme geometrice (cerc, pătrat, triunghi).

4 - 5 ani

65. Ia un număr specificat înainte la cerere.
66. Numește tipuri de texte.
67. Copiază un triunghi la cerere.
68. Își amintește patru obiecte dintr-o imagine.
69. Numește timpul de zi asociat cu anumite activități.
70. Repetă rime familiare.
71. Spune că un obiect este mai greu sau mai ușor cu diferența de 500 grame.
72. Spune ce lipsește când se îndepărtează un obiect dintr-un grup de trei.
73. Numește opt culori.
74. Numește trei monede diferite.
75. Asociază simboluri, litere și numere.
76. Spune culoarea obiectelor denumite.
77. Redă cinci fapte importante dintr-o poveste auzită de trei ori.
78. Desenează un om: un cap, un trunchi și patru membre.
79. Cântă cinci versuri dintr-un cântec.
80. Construiește o piramidă din 10 cuburi.
81. Numește obiecte lungi și scurte.
82. Plasează obiecte în spate, lângă și după.
83. Asociază seturi egale de la 1 la 10 obiecte.
84. Numește sau arată o parte, lipsa imaginii unui obiect.
85. Numără de la 1 la 20.
86. Numește propozițiile: prima, cea de la mijloc și ultima.

5 - 6 ani

87. Numără până la 20 obiecte și spune câte sunt.
88. Numește 10 numere scrise.
89. Numește stânga și dreapta raportat la propriul corp.
90. Spune literele alfabetului în ordine.
91. Își scrie numele cu litere de tipar.
92. Numește cinci litere ale alfabetului scrise.
93. Aranjează obiecte în secvență după lățime și lungime.

BCU "IOAN SLAVICI" UNIVERSITY LIBRARY

94. Numește litere mari ale alfabetului.
95. Pune numere de la 1 la 10 în secvența adecvată.
96. Numește pozițiile obiectelor: primul, al doilea, al treilea.
97. Numește literele mici ale alfabetului.
98. Asociază literele mari cu literele mici ale alfabetului.
99. Arată numere numite de la 1 la 25.
100. Copiază un romb.
101. Completează un labirint simplu.
102. Numește zilnic adunări și scăderi.
103. Poate face adunări și scăderi cu numere până la 3.
104. Își poate spune ziua și data nașterii.
105. Recunoaște 10 cuvinte scrise.
106. Poate face unele prevederi în legătură cu ce se va întâmpla.
107. Arată obiecte întregi și jumătăți.
108. Poate număra de la 1 la 100.

COMPORTAMENT MOTOR

0 - 1 an

1. Întinde mâna după un obiect la 15-20 cm.
2. Apucă un obiect suspendat în fața sa la 7-8 cm.
3. Se întinde după obiecte suspendate în fața sa și le apucă.
4. Întinde mâna după un obiect preferat.
5. Introduce un obiect în gură.
6. Se sprijină pe brațe în timp ce stă pe abdomen.
7. Susține capul și pieptul sus cu sprijin pe un braț.
8. Pipăie și cercetează obiectul cu gura.
9. Se întoarce pe abdomen pe o parte și își menține această poziție 50% din timp.
10. Se rostogolește de pe burtă pe spate.
11. Înaintează pe burtă pe o distanță egală cu lungimea corpului.
12. Se rostogolește de pe spate pe o parte.
13. Se întoarce de pe spate pe burtă.
14. Stă în poziție șezândă când apucă degetele adultului.
15. Întoarce capul nestingherit când corpul este sprijinit.
16. Își menține 2 minute poziția șezândă.
17. Dă jos din mână un obiect pentru a se întinde după altul.
18. Ridică și lasă să cadă un obiect intenționat.
19. Se ține pe picioare cu sprijin maxim.
20. Saltă în sus și-n jos fiind sprijinit să stea în picioare.
21. Merge de-a bușilea pentru a lua obiecte de la o distanță egală cu lungimea lui.
22. Stă singur sprijinit.
23. Din poziția șezândă se întoarce în poziția de mers de-a bușilea.

BCU "MIRCEA CEL BĂTRÂN" UNIVERSITY LIBRARY

24. Se ridică de pe burtă.
25. Şade fără să se sprijine cu mâinile.
26. Aruncă obiecte la întâmplare.
27. Sprijinit pe genunchi şi coate se leagănă înainte şi înapoi.
28. Transferă un obiect dintr-o mână în alta fiind în poziţia şezând.
29. Reţine două cuburi cu latura de 2,5 cm într-o mână.
30. Se ridică singur în poziţia pe genunchi.
31. Se ridică singur în picioare.
32. Foloseşte penseta pentru a lua un obiect.
33. Se târăşte.
34. Apucă cu o mână din poziţia ghemuit.
35. Stă în picioare cu minimum de sprijin.
36. Îşi linge mâncarea din jurul gurii, când se murdăreşte.
37. Stă singur în picioare un minut.
38. Îndepărtează un obiect dintr-un container.
39. Întoarce paginile unei cărţi mai multe odată.
40. Încearcă să ia mâncare singur cu linguriţa.
41. Pune obiecte mici într-un container.
42. Se coboară singur din poziţia în picioare în poziţia şezândă.
43. Bate din palme.
44. Merge cu minimum de ajutor.
45. Face câţiva paşi fără ajutor.

1 - 2 ani

46. Urcă scările de-a buşilea.
47. Se ridică singur în picioare din şezând.
48. Rostogoleşte o minge imitând adultul.
49. Se urcă singur pe un scaun de adult şi încearcă să se aşeze pe el.
50. Poate pune inele pe un suport metalic.
51. Scoate piese cilindrice cu 2,5 cm din planşeta cu orificiu.
52. Pune piese cilindrice cu 2,5 cm în planşeta cu orificii.
53. Face un turn din trei cuburi.
54. Face semne cu creionul.
55. Merge independent.
56. Coboară scările de-a buşilea cu picioarele înainte.
57. Se aşează singur într-un scaun de copil.
58. Se aşează pe vine şi se ridică din această poziţie în picioare.
59. Împinge şi trage o jucărie în timp ce merge.
60. Se dă într-un balansor.
61. Urcă scările cu ajutor.
62. Se apleacă de la mijloc ca să ridice obiecte fără să cadă.
63. Imită o mişcare circulară.

2 - 3 ani

64. Înşiră patru mărgele mari în 2 minute.

BCU "MIRCEA CEL BĂTRÂN" UNIVERSITY LIBRARY

65. Răsucește butoane, apasă pe elanță.
66. Sare pe loc cu ambele picioare odată.
67. Merge cu spatele.
68. Coboară treptele cu ajutor.
69. Aruncă o minge adultului la o distanță de 1,5 m.
70. Construiește un turn din 5-6 cuburi.
71. Întoarce paginile una câte una.
72. Despachetează un obiect mic.
73. Îndoaie o jumătate de hârtie în scop imitator.
74. Desface și îmbină jucării.
75. Montează și demontează jucării ce intră una în alta.
76. Dă cu picioarele într-o minge ce stă pe loc.
77. Face biluțe din plastilină.
78. Apucă creionul între degetul mare și arătător, sprijinindu-l pe degetul mijlociu.
79. Poate face tumba înainte cu ajutor.
80. Lovește cu ciocanul 5 cuie din 5.

3 - 4 ani

81. Taie cu foarfeca.
82. Poate pune două păpuși față în față să se sărute.
83. Sare la o înălțime de 20 cm.
84. Dă cu piciorul într-o minge care vine înspre el.
85. Merge pe vârfuri.
86. Aleargă 10 pași cu mișcări coordonate alternând brațele.
87. Pedalează pe tricicletă.
88. Se dă în leagăn dacă este balansat inițial de adult.
89. Se urcă și își dă drumul pe tobogan.
90. Se dă tumba înainte fără ajutor.
91. Urcă scările alternând picioarele.
92. Merge în pas de marș la comandă.
93. Prinde o minge cu ambele mâini.
94. Trasează după șabloane.
95. Taie de-a lungul unei linii drepte lungi de 20 cm cu abatere de 6 mm în medie.

4 - 5 ani

96. Stă într-un picior 4-5 secunde.
97. Aleargă schimbând direcția.
98. Merge în echilibru pe o scândură lată.
99. Sare întruna de 10 ori.
100. Sare peste o sfoară ridicată la 5 cm înălțime.
101. Sare înapoi de șase ori.
102. Lovește și prinde o minge mare.
103. Face forme de plastilină și le pune împreună câte 2-3.

BCU "CAROL I" CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

104. Taie de-a lungul unei linii curbe.
105. Poate să înşurubeze un obiect fixat pe un filet.
106. Coboară scările alternând picioarele.
107. Pedalează pe tricicletă şi face întoarcere la colţ.
108. Sare într-un picior de 5 ori.
109. Decupează un cerc cu diametrul de 5 cm.
110. Desenează maşini, case, pomi.
111. Decupează şi lipeşte imagini simple.

5 - 6 ani

112. Poate scrie litere de tipar mari separate pe hârtie.
113. Merge pe o scândurică lată înainte, înapoi, lateral.
114. Poate să facă diferite sărituri.
115. Se dă în leagăn imitând şi menţinând mişcarea.
116. Desface degetele şi îşi atinge fiecare deget cu degetul mare.
117. Poate să scrie litere mici.
118. Urcă scări cu trepte sau treptele unui tobogan, înalt de 3 metri.
119. Bate un cui cu ciocanul.
120. Driblează mingea cu direcţie.
121. Colorează în interiorul unui contur (forme), 90% din desen.
122. Poate decupa poze din reviste la 0,5 cm de contur.
123. Foloseşte ascuţitoarea de creioane.
124. Poate face unele desene mai complicate.
125. Rupe din ziare figuri simple.
126. Împătureşte ziarul de două ori pe diagonală pentru a face un pătrat.
127. Prinde o minge cu o mână.
128. Poate sări coarda.
129. Loveşte mingea cu o paletă sau un băţ.
130. În timp ce aleargă ridică de jos obiecte.
131. Poate să patineze 3-4 m.
132. Merge pe tricicletă.
133. Se dă pe gheaţă (derdeluş) cu sania.
134. Merge sau se joacă în bazinul de înot înalt până la talie.
135. Conduce un cărucior avansând cu un picior.
136. Sare şi se învârte într-un picior.
137. Îşi poate scrie numele pe o hârtie gata liniată.
138. Sare de la înălţimea de 20 cm şi aterizează fără să cadă.
139. Stă într-un picior fără ajutor cu ochii închişi 10 secunde.
140. Se ţine de o bară orizontală 10 secunde, sprijinindu-şi greutatea pe un braţ.

BCU IAŞI - BIBLIOTECA CENTRALĂ UNIVERSITARĂ LIBRARY

BIBLIOGRAFIE

ADAMS, B., (1980), *The Family: A Sociological Interpretation*, Editura Chicago: Rand McNally

ALONIM, H., ARIELI, H., FOGLER, E., GLICK, F, KADOSH, E., PALMONI, K., SAGI, C.,WERNER, A., ZOHAR, K., (2002), *The Approach – Post-treatment social integration of children with contact and communication disorder*

AVRAMESCU, M. D., (2002), *Defectologie și logopedie*, Editura Fundației „România de Mâine", București

BARAN, P.A., (2004), *Familia azi. O perspectivă sociopedagogică*, Editura Aramis, București

BABAN, A., (2002), *Consiliere educațională*, Editura Dacia, Cluj Napoca

BABAN, A., (1998), *Stres și personalitate*, Editura Presa Universitară Clujeană

BEACH, H.R., (1973), *„Teoriile despre personalitate și terapia comportamentului"*, în „Orizonturi noi în psihologie" (red. Brian M. Foss), Editura Enciclopedică Română, București

BIRCH, A., (2000), *Psihologia dezvoltării*, Editura Tehnică, București

BOILEAU, Laurent D., (2006), *Children without Language: From Dysphasia to Autism*, Editura Oxford University Press, New York

CAMOU, B.M., (2008), *Millie, copil nenăscut. O altă perspectivă asupra autismului*, Editura Elena Francise Publishing

CARVER, S., SCHEIER, M., WEINTRAUB, J., (1989), *Assessing coping strategies: a theoretically based approach*, Journal of Personality and Social Psychology

CLANCY, H., CLARCCK, M. J., 1990, *Occupational therapy with children*, Longman Group Limited

COJOCARU, Ș., (2003), *Educația parentală ca formă de intervenție socială*, Editura Lumen, Iași

COLETTE de BRUIN, (2008), *Give me 5 - Dă-mi o mână de ajutor*, Editura Fides, Iași

CUCURUZ, D., (2008), *Autism. Cartea pentru părinți*, Editura Licentia Publishing, București

DIDIER,V., DUCHE, J., (1967), *Psychotherapie de l'enfant*, Paris, Ed. Universitaire

DIMITRIU, C., (1973), *Constelația familială și deformările ei*, Editura Didactică și Pedagogică, București

DUMITRU, I.A., (2008), *Consiliere psihopedagogică*, Editura Polirom, Iași

BCU CLUJ CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

DOPFNER, M., SCHURMANN, S., FROLICH, J., (2002), *Program terapeutic pentru copii cu tulburare hiperchinetică și comportamente de tip opozițional (THOP)*, Editura RTS, Weinheim

ENĂCHESCU, C., (2003), *Tratat de psihanaliză și psihoterapie*, Editura Polirom, București

FUNDAȚIA DE REABILITARE „SPERANȚA", (2004), *Copilul cu autism. Dincolo de ușile închise ale sufletului*, ediția a II-a, Timișoara

FUNDAȚIA DE REABILITARE „SPERANȚA", (2003), *Ghidul copilului autist*, Timișoara

HOLDEVICI, I., (1998), *Elemente de psihoterapie*, Editura All, București

HOLDEVICI, I., NEACȘU, V., (2008), *Sisteme de psihoterapie și consiliere psihologică*, Editura Kullusys

HOLDEVICI, I., NEACȘU, V., (2006), *Consiliere psihologică și psihoterapie în situațiile de criză*, Editura Dual Tech, București

IONESCU, M., NEGREANU, E., (2006), *Educația în familie. Repere și practici actuale*, Editura Cartea Universitară, București

IVEY, A.E., IVEY, M.B., SIMEK-MORGAN, L., (1994), *Counseling and Psychotherapy. A Multicultural Perspective*, Boston

LAZARUS, R., S., FOLKMAN, S., (1987), *Transactional Theory and Research on emotions and coping*, European Journal of Personality

LOVAAS, Dr. IVAR, *Teaching Individuals With Developmental Delays: Basic Intervention Techniques Applied Dehavioral Analysis (ABA)*, Los Angeles

LOVAAS, Dr. IVAR, (1978), *Parents as therapist, Autism: A Reapraisal of Concepts and Treatment*, Plenum Press, New York

MAURICE, C., (1999), *Let me hear your voice: A Family's Triumph over Autism*, Editura Random House Publishing Group, United States of America

MICLEA, M., (1997), *Stres și apărare psihică*, Editura Presa Universitară Clujeană

MICHAEL, D. POWERS, WOODBINE, H, (2000), *Children with Autism, A Parent's Guide*, USA

MIHĂILESCU, I., (1999), *Familia în societățile europene*, Editura Universității din București, București

MITASOV, T., INGE, Jose, (2005), *Elemente de intervenție în autism*, Editura Stef, Iași

MITROFAN, I., CIUPERCĂ, C., (1998), *Incursiune în psihosociologia și psihosexologia familiei*, Editura Press Mihaela, București

MITROFAN, I., CIUPERCĂ, C., (2002), *Psihologia vieții de cuplu între iluzie și realitate*, Editura Sper, București

MITROFAN, I., MITROFAN, N., (1991), *Familia de la A la Z. Mic dicționar al vieții de familie*, Editura Științifică, București

MITROFAN, I., MITROFAN, N.,(1996), *Elemente de psihologie a cuplului*, Editura Casa de Editură și Presă „Șansa", București

BCU "LUCIAN BLAGA" CLUJ-NAPOCA LIBRARY

MITROFAN, I. VASILE, D., (2001), *Terapii de familie*, Editura Sper, București

MITROFAN, I., (coordonator), (2001), *Psihopatologia, psihoterapia și consilierea copilului*, București, Editura SPER

MITROFAN, I., BUZDUCEA, D., (2002), *Psihologia pierderii și terapia durerii*, Editura Sper, București

MURARU, O., (2005), *Aspecte generale ale patologiei autiste*, Editura Universității, Suceava

MUREȘAN, C., (2004), *Autismul infantil. Structuri Psihopatologice și Terapie Complexă*, Editura Presa Universitară Clujeană, Cluj Napoca

MURO, J., KOTTMAN, T., (1995), *Guidance and Counseling in the Elementary and Middle Schools*, Hardcover

NEVEANU, POPESCU, P., (1978), *Dicționar de psihologie*, București, Editura Albatros

NOTERDAEME, M., MILDENBERGER, K., SITTER, S., (2002), *Parent information and direct observation in the diagnosis of pervasive and specific developmental disorders. Autism*

NUȚĂ, A., (2006), *Psihologia comunicării în cuplu*, Editura Sper, București

OLARU, A., (1990), *Introducere în psihiatria practică*, Editura Scrisul Românese, Craiova

PETERMANN, F., PETERMANN, U., (2006), *Program de intervenție pentru copiii agresivi*

PIAGET, J., (1972), *Psihologie și pedagogie*, EDP, București

PIERON, H., (2001), *Vocabularul psihologiei*, Editura Univers Enciclopedic, București

POPA, M. (2006) *„Studiu privind unele aspecte psihoterapeutice și psihopedagogice al terapiilor comportamentale"*, în „Revista de psihopedagogie", nr. 1/2006, București

POPA, C., (2005), *Elemente și tehnici de consiliere*, Editura Fundației „Andrei Șaguna", Constanța

POPOVICI, D., (1999), *Elemente de psihopedagogia integrării*, Editura Pro Humanitate

POPOVICI, D.V., (2007), *Orientări teoretice și practice în educația integrată*, Editura Universității „Aurel Vlaicu", Arad

PORTALIER, S., (2006), *„L'enfant handicape dans sa famille: des relations complexes pour construire une identite originale"*, în „Reliance", nr. 18, Paris

PRIOR, R., O'CONNOR, J., (2006), *NLP și relațiile de cuplu. Strategii simple pentru a vă face relațiile să funcționeze*, Editura Curtea Veche, București

RACU, A., POPOVICI, D.V., DANI, A., CREȚU, V., (2009), *Intervenția recuperativ-terapeutică pentru copiiii cu dizabilități*, Chișinău, Editura Ruxandra

BCU IASI CENTRALA UNIVERSITARA LIBRARY

RADU, GH. (coordonator), (1999), *Introducere în psihopedagogia şcolarilor cu handicap,* Editura Pro Humanitate, Bucureşti

REDIU, D., (2004), *Educaţia parentală şi intervenţia de grup în asistenţa socială*, Editura Lumen

PREDA, V., *„Programe de intervenţie timpurie şi practici educative destinate copiilor cu dizabilităţi sau cu întârziere în dezvoltare"*, în „Revista de psihopedagogie", nr. 1/2006

POPOVICI, Doru-Vlad, *„Caracteristici ale educaţiei speciale din S.U.A." (II)*, în „Revista de psihopedagogie", nr. 1/2006

POPA, M., *„Studiu privind unele aspecte psihoterapeutice şi psiho-pedagogice ale terapiilor comportamentale"*, în „Revista de psihopedagogie", nr. 1/2006

RADU, I. D., RĂDULESCU, M., *„Factori frenatori ai integrării copiilor cu dizabilităţi şi/sau cerinţe educative speciale în şcoala de masă"*, în „Revista de psihopedagogie", nr. 2/2006

RITA, J., (1997), *Educaţia copiilor şi tinerilor cu autism*, UNESCO

ROŞCA, M., (1967), *Psihologia deficienţilor mintal,* Editura Didactică şi Pedagogică, Bucureşti

SCHNEIDER, F., (2006), *Educaţia copilului meu în 25 de tehnici (care nu dau greş)*, Editura Humanitas, Bucureşti

SECARĂ, A., (2007), *Creierul Social. Autism, Neuroştiinţe. Terapie*, Editura Artpress, Timişoara

SELIGMAN, M., (2000), *Conducting Effective Conferences with Parents of Children with Disabilities*, Editura Guilford Press, New York

SION, G., (2003), *Psihologia vârstelor*, Editura Fundaţiei „România de Mâine", Bucureşti

SMIRNOV, I., MARGHESCU, G., (1990), *Stilurile de viaţă şi familia*, Editura Academiei, Bucureşti

STAN, A., (2005), *Sociologia familiei*, Editura Universitatea Transilvania, Facultatea de Drept şi Sociologie, Suport de curs, Braşov

STANCIU, C., (2007), *Relaţii psihologice în deficitul de atenţie şi hiperactivitate la copii,* Editura Risoprint, Cluj-Napoca

STANCIU, C., POPESCU, S., MORAR, A., (2010), *Ghid de intervenţie în autismul infantil*, Editura Risoprint, Cluj-Napoca

STONE, A., NEALE, J., (1984), *New measure of daily coping: development and preliminary results*, Journal of Personality and Social Psychology

STĂNCIULESCU, E., (1997), *Sociologia educaţiei familiale*, vol. I, Editura Polirom, Iaşi

STĂNCIULESCU, E., (1998), *Sociologia educaţiei familiale,* vol. II, Editura Polirom, Iaşi

ŞCHIOPU, URSULA (coordonator), (1997), *Dicţionar enciclopedic de psihologie*, EDP, Bucureşti

BCU "LUCIAN BLAGA" UNIVERSITY LIBRARY

ȘCHIOPU, URSULA, VERYA, E., (1981), *Psihologia vârstelor*, EDP, București

ȘOITU, L., VRĂȘMAȘ, E., PĂUN, E., (2001), *Consiliere familială*, Editura Institutul European, Iași

THOMAS, J., (1998), *Copilul cu nevoi speciale*, Editura Triade, Cluj-Napoca

THOMPSSON, L. C., (1992), *Counseling Children. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole*, Publishing Company

TUDOSE, F., TUDOSE, C., DOBRANICI, L., (2002), *Psihopatologie și psihiatrie pentru psihologi*, Editura Infomedica, București

UNESCO, (2001), *Ghid pentru educația specială. Educația copiilor și tinerilor cu autism*, Traducere Renineo

VERZA, E., (1996), *Psihopedagogie specială. Manual pentru clasa a XIII-a școli normale*, Editura Didactică și Pedagogică, București

VERZA, E, VERZA, F.E., (2000), *Psihologia vârstelor*, Editura Pro Humanitate, București

VOINEA, M., (1993), *Psihosociologia familiei*, București, Editura T.U.B.

VOINEA, M., (1994), *„Restructurarea familiei: modele alternative de viață"*, în *„Sociologia Românească"*, nr.5/1994, Editura Academiei, București

WALTZ, M., (1999), *Pervasive Developmental Disorders: Finding a Diagnosis and Getting Help*. Orelly&Assistens, Inc. For Book

ZAMFIR, E., (1998), *Situația copilului și a familiei în România*, Editura Alternative, București

ZAPODEANU, M., (2005), *Terapii familiale și asistență socială a familiei*, Editura Lumen, Iași

ZIGLAR, Z., (2001), *Secretele căsniciei fericite*, Editura Curtea Veche, București

ZLATE, M., GOLU, P., VERZA, E., (1998), *Psihologia copilului*, Editura Didactică și Pedagogică, București

ZLATE, M., (1997), *Psihologia vieții cotidiene*, Editura Polirom, Iași

ZLĂTESCU, D.V., (1992), *Politica familială și dreptul la planificarea familiei*, Editura Institutul Român pentru Drepturile Omului, București.

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

COLOR-PRINT S.R.L.
Tipografie offset
PRINT
excellence www.colorprint.ro

Tipar: **Tipografia COLOR-PRINT**
Adresa: Zalău, str. 22 Decembrie 1989, nr. 66
Telefon: 0260-661 752
Email: office@colorprint.ro
www.colorprint.ro

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

BCU IASI/CENTRAL UNIVERSITY LIBRARY

„Lucrarea este organizată pe patru părți distincte, dar legate între ele prin abordarea complicatei probleme a autismului ca urmare a tratării acestui sindrom din mai multe perspective teoretic, aplicativ, metodologic, de structură, de manifestare psihocomportamentală, de evoluție a simptomatologiei și de perspectivă în domeniul investigației fenomenologiei autiste și de delimitarea posibilităților și limitelor de dezvoltare-recuperare în diferitele forme de autism...

Autoarea simte nevoia unor abordări profunde care să contribuie la elucidarea complexei probleme a relației dintre structură și manifestare, dintre evoluție și limitarea efectelor negative de adaptare la mediul înconjurător, dintre abordarea globală și abordarea specifică a autismului în cazurile particulare, individuale..."

Prof.univ.dr. Emil VERZA

„Am apreciat sensibilitatea autoarei în ceea ce privește impactul pe care îl are asupra familiei aflarea diagnosticului, manifestat prin modificarea echilibrului interior și exterior al familiei, focalizarea excesivă asupra copilului, modificarea relațiilor maritale, apariția conflictelor interioare, probleme de interacțiune socială. De asemenea, remarc și implicarea deosebită a doctorandei în activitățile recuperative desfășurate cu acești copii.

Obiectivul general al cercetării îl reprezintă proiectarea unui program de intervenție psihopedagogică, care vizează aspecte educațional-recuperative prin dezvoltarea comportamentală a copiilor cu autism, în vederea integrării/incluziunii sociale."

Conf.univ.dr. Camelia STANCIU

„Autoarea [...] scoate în evidență rolul central pe care îl joacă familia, succesul terapiei fiind asociat cu rolul de manager de caz pe care trebuie să și-l asume familia. Integrarea școlară și reabilitarea bazată pe comunitate sunt aspecte esențiale ale procesului de recuperare, la care face referire autoarea. Apreciem claritatea obiectivelor operaționale ce decurg din obiectivul general propus și de asemenea aspectele referitoare la caracteristicile celor cinci arii de dezvoltare surprinse în ipoteze. De remarcat faptul că în alcătuirea programelor personalizate pentru exersarea ariilor de dezvoltare s-au implicat proceduri specifice celor trei curente actuale ABA, TEACCH și PECS în funcție de specificul problematicii și al caracteristicilor înfățișate de fiecare subiect în parte".

Conf.univ.dr. Mariana POPA

9 786068 304823

0 059818 691023
32.7 1:20.4